Lane Medical Library

BIJDRAGE TOT DE KLINIEK EN THERAPIE VAN HET CARCINOMA CORPORIS UTERI

RADEN SÉNO-SASTROAMIDJOJO

Amsterdam

BIJDRAGE TOT DE KLINIEK EN THERAPIE VAN HET CARCINOMA CORPORIS UTERI

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/bijdragetotdekli0000unse

Lane Medical Library

BIJDRAGE TOT DE KLINIEK EN THERAPIE VAN HET CARCINOMA CORPORIS UTERI

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS Dr. D. VAN EMBDEN, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER RECHTSGELEERDHEID, IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN IN DE AULA DER UNIVERSITEIT OP DONDERDAG 10 JULI 1930, DES NAMIDDAGS TEN 4.30 URE

DOOR

RADEN SÉNO-SASTROAMIDJOJO

GEBOREN TE TĔGALRĔDJO

(MIDDEN-JAVA)

DRUKKERIJ M. J. PORTIELJE, SPUISTRAAT 249, AMSTERDAM

Aan de Nagedachtenis van mijn „Pĕpoèndèn":
„Dédé" en mijn Ouders.
Aan mijne vrouw en kinderen.

VOORWOORD.

Met de verzekering, dat het mijnerzijds geen bloote formaliteit, nog minder een traditioneele sleur is, grijp ik met bijzonder veel genoegen aan het voorrecht mij te beurt gevallen door het beëindigen mijner studiën hier in Holland, voor het „groote publiek" belichaamd in het leveren van dit „proefwerk", U, Hoogleeraren en Privaatdocenten der Medische Faculteit aan de Universiteit te Amsterdam en U, Assistenten en Oud-assistenten der Universiteitskliniekken te dezer stede uit deze plaats mijn oprechten dank aan te bieden voor het vele en goede, dat ik van U heb mogen leeren tijdens mijn „hervorming" tot hetgeen men in Indonesië wel eens (eigenaardig wel!) noemt „Europeesch Arts met een Hollandsch diploma".

Met een appart gevoel van piëteit gedenk ik hier U, mijn Hooggeachte oudleeraren aan de toenmalige S.T.O.V.I.A., niet het minst U, hooggeleerde BAKKER, aan wie ik zooveel dank verschuldigd ben met betrekking tot mijn medische vorming. Zonder de door U, Hooggeachte Oud-leermeesters van Batavia, gelegde fundamenten zou ik waarschijnlijk het in de „Amsterdamsche Alma Mater" gebodene niet naar waarde weten te schatten.

In het bijzonder voel ik mij zeer verplicht aan U, Hooggeleerden VAN ROOY, Hooggeachten Promotor, voor het feit, dat Gij mij in staat hebt gesteld, onder Uwe Hooggewaardeerde leiding dit proefschrift te mogen bewerken. Zonder Uw zeer gewaardeerde welwillendheid en bereidwilligheid, waarmee ik telkens en telkens weer werd getroffen, wanneer ik mij met moeilijkheden, dit proefschrift betreffende, tot U wendde, zou ik het, gezien mijn beperkten tijd, dien mij door de samenloop van omstandigheden werd

toegemeten, zeker nimmer hier in Amsterdam hebben kunnen voltooien. Ook van Uw College's heb ik in mijn „2e studentenperiode" heel veel geleerd. De tijd, welke ik later als gast in Uwe zoo goed georganiseerde kliniek heb doorgebracht en waar ik zooveel hulp en tegemoetkoming heb ondervonden, zal in mijn geheugen gegrift blijven als een der aangenaamste herinneringen, welke ik van mijn Amsterdamschen tijd naar mijn Vaderland zal medenemen.

Al is het niet op de allereerste plaats genoemd, gelden mijn gevoelens van dankbaarheid daarom toch niet met minder eerlijkheid ook U, Hooggeachte Leiders der GEMEENSCHAPPELIJKE MIJNBOUW-MAATSCHAPPIJ „BILITON", zoowel hier in Holland als in Indonesië, die mij in de gelegenheid hebben gesteld mijn studiën in Holland te kunnen voortzetten.

In het bijzonder jegens U, Hooggeachte HOUWERT ben ik steeds bezield geweest met gevoelens van erkentelijkheid voor de voortdurende en welwillende persoonlijke belangstelling, die U steeds in mij en mijn gezin hebt getoond.

U, Zeer Geleerde LUIJKE ROSKOTT verzoek ik, medenamens mijn gezin, mijn oprechten dank te willen aanvaarden voor de steeds hartelijke samenwerking, zoowel in, als buiten den dienst gedurende den tijd, dat wij samen op Biliton hebben gezeten. Daardoor heb ik mijn taak, waarvan het gewicht U ten volle kent, steeds met blijmoedigheid weten te dragen.

Hetzelfde moge gelden voor het, zoowel medische als niet-medische personeel van den Geneeskundigen dienst der Gemeenschappelijke Mijnbouw-Maatschappij „Biliton" op Biliton, inzonderheid dat van het **Chineesche Hospitaal** en de **Europeesche Kliniek** te Tandjoeng Pandan.

Ook U, Geleerde DRIESSEN (H. E.), ben ik bijzonderen dank verschuldigd.

Speciaal U, Geachte collega MARSADI, dank ik zeer voor de vaak meer dan vriendschappelijke raadgevingen, zoowel medische als andere kwesties betreffende, die U mij

steeds hebt willen geven, wanneer ik er om verlegen was, waardoor ik mij met betrekkelijk weinig moeite over verschillende moeilijkheden, vooral ondervonden in mijn eerste Billiton-jaren, heb kunnen stappen.

Veel dank ben ik verschuldigd ook aan U, Zeer Geleerde REMMELTS. U was het feitelijk, die op de U eigen sympathieke wijze mijn laatste gevoel van schroom voor het samenstellen van dit proefschrift hebt doen overwinnen.

Een gevoel van erkentelijkheid bezielt mij thans jegens de familie VAN KATWIJK voor hunne steeds treffende hulpvaardigheid jegens mij en mijn gezin.

U, MEVROUW BURGEMEESTRE, moge ik mijn dank betuigen voor Uw hulp, welke schier aan het ongeloofelijke grensde.

Ten slotte breng ik volgaarne dank aan al mijn vrienden, oud-studenten en collega's, voor hun vriendschap en belangstelling in het bijzonder U, Collega MOHAMAD DJOEHANA en MEVROUW, en ROSS, voor de gezellige uren met jullie te zamen doorgebracht, waardoor mijn verblijf in Amsterdam tot de aangenaamste van mijn studietijd mag worden gerekend, en aan allen, die op eenigerlei wijze aan de tot stand koming van dit proefschrift hebben medegewerkt, niet het minst aan den heer NICO TRAMPER, wien geen moeite te veel is geweest om mij behulpzaam te zijn.

INHOUD.

blz.

Inleiding 1

EERSTE HOOFDSTUK.

Literatuur-overzicht 5

I. Frequentie 6

II. Actiologie 10

III. Symptomatologie 22

IV. Diagnose en differentieel diagnose . . . 26

V. Pathologisch-Anatomie 35

VI. Prognose 42

VII. Behandeling 45

TWEEDE HOOFDSTUK.

Eigen gevallen 63

DERDE HOOFDSTUK.

Slotbeschouwingen 160

Het metastatische carcinoma uteri 172

VIERDE HOOFDSTUK.

Conclusie 173

Literatuur 175

INLEIDING.

Geïmponeerd door de vele en velerlei vraagpunten, welke het bij de eerste kennismaking klinisch en therapeutisch zoo eenvoudig lijkende carcinoma corporis uteri als even zoo vele voetangels en klemmen ook thans nog omringen, heb ik met beide handen aangegrepen de gelegenheid mijn kennis omtrent bovengenoemde ziekte te verbreeden en te verdiepen, aan de hand van de in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek behandelde, mij door het Hoofd dier inrichting, Prof. Dr. A. H. M. J. VAN ROOIJ, ter bewerking afgestane gevallen, waarvoor ik Zijne Hooggeleerde op deze plaats mijn oprechten dank moge aanbieden.

Bij nadere kennismaking met het carcinoma corporis uteri met alles wat er aan verbonden is, door bestudeering van de daarop betrekking hebbende, in den loop der tijd zich in sterke mate ophoopende literatuur, kwam ik geleidelijk tot het besef met welk een interessant gedeelte der gynaecologie — in verband met het algemeene, „groote" kankerprobleem staat het immers al direct in het brandpunt, vooral in den laatsten tijd, van, ik mag wel zeggen, haast ieders actieve belangstelling; en hoeveel punten van aanraking heeft het niet met andere takken der medische wetenschap (chirurgie, obstetrie, radiologie, endocrinologie om van de andere met betrekking tot het corpus-carcinoom minder op den voorgrond tredende branches maar te zwijgen) — wij hier te maken hebben, althans voor wie het vermogen te zien.

Het onderwerp bestrijkt een voornaam deel van de practische gynaecologie bovendien, een onderwerp, hetwelk niet alleen van den specialist-gynaecoloog, maar m.i. ook, en evengoed, van den medicus practicus — dit in verband met de groote genezingsmogelijkheden bij het vroegtijdig herkennen van de ziekte — volle aandacht verdient.

Ik denk hier ook en niet het minst aan de moeilijkheden, welke van zeer uiteenloopenden aard kunnen zijn, inhaerent

aan de eigenaardige verhoudingen van het land en zijn bevolking, aan mijn a.s. werkkring in Indonesië, vooral onder mijn vrouwelijke land- en rasgenooten, onder wie ik het voorrecht had ruim 12 jaar practisch te hebben kunnen werken, en waar naar mijn weten het gynaecologisch terrein in het algemeen, en dat van het carcinoma corporis uteri in het bijzonder, nog vrijwel braak ligt.

Weliswaar was de periode der Europeesche gynaecologische werkzaamheid reeds eerder, door STRATZ in 1888 op Java ingeluid, en later gecontinueerd door diens vervanger MAASLAND, doch na dezen scheen dit speciale gedeelte van ons vak geen bepaalde beoefenaars meer te hebben. Na hen doken mededeelingen daaromtrent dan ook slechts heel sporadisch op (v. d. POLL).

In 1925 moest BOERMA, destijds hoofd der Verloskundig-gynaecologische afdeeling van de Centrale Burgerlijke Ziekeninrichting te Weltevreden, en hier in Holland op gynaecologisch gebied geen onbekende, dienaangaande dan ook nog getuigen:

„Wij staan eerst aan het begin van de kennis der pathologie van de vrouwelijke geslachtsorganen op Java."

Voor wie Indonesië kent, gold, wat toentertijd in dat opzicht voor Java werd vastgesteld, in dien tijd zeker, en voor vele streken van den Indischen Archipel geldt het zelfs nu nog, voor minstens het dubbele ook voor de „Buiten-gewesten".

Dat er echter ook in dit opzicht in Indonesië spoedig een verandering ten goede zal komen, is voor mij, bedriegen de voorteekenen niet, aan geen twijfel meer onderhevig, gezien ook de in de laatste decenniën allengs intensief wordende belangstelling voor deze en dergelijke onderwerpen, zij het ook vaak slechts in samenhang met andere vraagstukken, b.v. van het algemeene kankerprobleem, die er aan den dag wordt gelegd.

In verband hiermede kan het beeld van het uterus-carcinoomvraagstuk in Indonesië, in het bijzonder dat van het corpus-carcinoom, hetwelk uit de opgaven in de betreffende literatuur te reconstrueeren is, thans dan ook nog niet

als geheel zuiver worden geacht en wel om verschillende redenen: Zoo trof het ons b.v. dat de daarop betrekking hebbende getallen, vaak aan den zeer lagen kant, meestal afkomstig waren van chirurgen, of van patholoog-anatomen, die hun materiaal als regel weer kregen van chirurgen (proef-excisies of operatie-materiaal), dan wel van een gewonen medicus practicus, waardoor b.v. vergelijking met andere gynaecologische aandoeningen, waarmee de patienten vaak naar weer geheel andere specialisten (niet-gynnaecologen, noch chirurgen) plegen te gaan, geen sprake kan zijn. Daardoor geven de cijfers absoluut niet weer de algemeene frequentie van het uterus-carcinoom.

Ook de beschrijving van de bedoelde materie was m.i. niet van alle vaagheid vrij te pleiten.

In de betreffende statiestiekjes werd meestal slechts gewag gemaakt van uterus-carcinoom, zonder te preciseeren van welk gedeelte van de baarmoeder.

Alleen SITSEN schreef: *„De carcinomen van cervix en corpus (uteri) waren meestal adeno-carcinomen"*, waaruit is op te maken, dat er ook kankers van het baarmoederlichaam onder waren. Ook STRATZ had reeds hiervan melding gemaakt.

Onder 32 gevallen van carcinoma uteri (bij 25 Europeesche en 7 Javaansche vrouwen) was er 1 adeno-carcinoom van het baarmoederlichaam.

Juist in verband met deze en dergelijke omstandigheden zou het m.i. zeker de moeite loonen, zooals ik boven reeds heb doen doorschemeren, dit gedeelte van het gynaecologische terrein weer te bewerken.

Aan materiaal zal het, naar ik vermoed en hoop, nu wel niet ontbreken. Reeds in 1922 werd BOERMA getroffen door de *„groote frequentie van het voorkomen van maligne tumoren aan de genitalia"*. Hij zag in 2 jaar en 9 maanden 40 gevallen van kanker der geslachtsorganen, waaronder 21-maal bij Inlandsche vrouwen.

Volgens SITSEN kwamen een vierde deel van het totale aantal baarmoederkankers bij de Maleische vrouwen voor.

In vergelijking met de andere opgaven zijn dan ook deze

cijfers voor Indonesië, (voor de betreffende patienten: helaas!), groeiend. Ongetwijfeld zal dit voor een deel wel samenhangen met hetgeen door SNIJDERS en STRAUB werd verkondigd, t.w. dat *„hoe intensiever naar (maligne) gezwellen gezocht wordt, hoe meer zij zullen worden gevonden"*. Voor het corpus-carcinoom zal mutatis mutandis wel hetzelfde gelden.

Dat „vinden" zal m.i. nog aanmerkelijk worden vergemakkelijkt, waar de snel „veranderde mentaliteit" der Indonesische bevolking in al haar breede lagen, ook ten opzichte van de appreciatie van de Westersche Geneeskunst, dank zij de van verschillende zijden voortdurend gevoerde propaganda in die richting, niet het minst vanwege het Nederlandsch-Indische Gouvernement, benevens andere particuliere (zoowel uit-, als inheemsche) lichamen, het stadium van het *„Het daghet in het Oosten"* al meer en meer achter zich heeft gelaten.

Het bovenstaande nu in aanmerking nemende, behoeft het zeker geen nader betoog, dat naarmate ik dieper doordring in het vraagstuk betreffende het uteruscarcinoom, in casu het carcinoma corporis uteri, zich, voor mij ten minste, als het ware van zelf vele en velerlei perspectieven, uitgaande van dat onderwerp, gingen openen. Mede uit dezen hoofde heeft de studie van dat onderwerp, het resultaat waarvan neergelegd is in de navolgende bladzijden, geleid tot het samenstellen van dit proefschrift.

EERSTE HOOFDSTUK.

Literatuur-overzicht.

Alvorens tot de bewerking van de in de inleiding genoemde gevallen van carcinoma corporis uteri over te gaan, heb ik mij op de hoogte gesteld van de voornaamste bijzonderheden betreffende het corpus-carcinoom, welke in de mij ten dienste staande literatuur te vinden waren. Hieraan moge het volgende worden ontleend:

Hoewel het carcinoma uteri in het algemeen reeds in den tijd van HIPOCRATES en ARCHIGENES bekend was, leerde eerst MORGAGNI, op grond van sectie-vondsten aan den uterus een verschil maken tusschen cervix-(portio) en fundus (corpus-) carcinomen.

Sinds dien werd om verschillende redenen (zoowel theoretische, als practische), niet alleen in de kliniek, maar ook histologisch scherp onderscheiden het carcinoma portionis (respect. cercivicis) van het carcinoma corporis uteri.

Door VEIT en RUGE werd deze scheiding in 1881 nauwkeurig te boek gesteld.

Het ligt echter niet in het raam van deze beschouwingen hier in détails na te gaan, welke wel de redenen waren, die deze scherpe scheiding rechtvaardigen.

Thans heeft men deze scherpe indeeling, zoowel in de pathologische anatomie, als in de kliniek, trouwens weder verlaten (LAHM), zij het ook niet zonder strijd, daar het langzamerhand gebleken is, dat er vaak bij de ontwikkeling van het corpus-carcinoom (op den duur zeker) geen scherpe grens blijft bestaan tusschen baarmoederlichaam en baarmoederhals. Ook een echte begrenzing van cervix-carcinoom en portio-carcinoom, is practisch slechts bij uitzondering door te voeren.

In de navolgende bladzijden zullen uitsluitend de in het baarmoederlichaam primair ontstane carcinomen ter sprake worden gebracht. Slechts ter completeering zal het door metastase in het cavum uteri tot ontwikkeling gekomen carcinoom ter loops worden genoemd.

I. FREQUENTIE.

Het is een algemeen bekend feit, dat het carcinoma corporis uteri veel minder voorkomt dan het collum-carcinoom, vroeger veel zeldzamer werd gezien dan in den laatsten tijd.

Zoo vond SZUKITS onder 420 gevallen van baarmoederkanker slechts 1 geval van carcinoom van het corpus uteri.

VEIT en RUGE maakten uit de door hen uit de literatuur verzamelde en eigen getallen op, dat „das Carcinoma corporis uteri eine sehr seltene Erkrankung ist."

SCHROEDER zag er meer van, n.l. 28 van de 812 gevallen van carcinoma uteri in het algemeen, d.i. 3.4 %, terwijl PICHOT uit de door hem uit de Fransche en Engelsche literatuur verzamelde gevallen berekende, dat de frequentie van het corpus-carcinoom ongeveer 6 % van alle uterus-kankers vormde. SCHATZ vond onder 80 gevallen van het uteruscarcinoom slechts 2-maal uitgaande van het corpus uteri, d.i. 2½ %.

Naarmate het kankervraagstuk meer en meer het brandpunt der medische belangstelling naderde, steeg hand aan hand daarmede ook de frequentie van het corpus-carcinoom.

JORRITSMA telde onder 241 gevallen van carcinoma uteri 22 gevallen van carcinoma van het baarmoederlichaam, d.i. ruim 9 %.

TESSON verzamelde uit diverse statistieken 884 gevallen van uteruscarcinoom. Hieronder waren 181 gevallen van corpus-carcinomen, een frequentie dus van ± 20 %, POZZI daarentegen slechts 6 gevallen van corpus-carcinoom, waaronder 204 uteruskankers. BUESSE echter weer 3 corpus- tegenover 59 collum-carcinomen en MAYER 37 corpus- tegenover 217 collum-carcinomen.

10 % der gevallen van KAMPERMAN bestond uit carcinoom van het baarmoederlichaam.

TREUB (— v. d. HOEVEN) schatte de frequentie van het carcinoma corporis uteri op 10 % en volgens latere onderzoekingen op 22,7 %.

DRIESSEN vond in een tijdperk van ruim 25 jaar onder zijn patienten 46 gevallen van corpus-carcinoom. In zijn monographie haalde hij tevens de volgende tabel aan:

GEBHARD vond	94	collum-	t.o.v.	6	corpus-carcinomen
SCHOTLAENDER	90	„	„	19	„	„
HENKEL	88	„	„	30	„	„
OBATA	70	„	„	30	„	„

TJWAN KIAT LI vond in de Leidsche kliniek onder 88 gevallen 77,3 % collum- en 22,7 % corpus-carcinomen, een verhouding dus van 3 : 1.

NORRIS en VOGT vonden op 756 carcinomen van de vrouwelijke genitalia 115 corpus-carcinomen, d.i. 15,2 % en 346 collum-carcinomen of 45,8 %, dus ook een verhouding van 3 : 1, of een frequentie van 25 %.

BALLIN verzamelde 497 zuivere gevallen van uterus-carcinomen. Daartoe behoorden 407 = 81,9 % tot de collum- en 90 = 18,1 % tot de corpus-carcinomen.

De door KERMAUNER in de litteratuur der laatste jaren gevonden getallen varieerden tusschen 1,43 % en 29,8 % (A. MARTIN).

In het materiaal van KAUFFMANN bevonden zich 169 corpus-carcinomen, overeenkomende met 8,7 % van het geheele aantal genitaal- en met 10,1 % van de overige baarmoederkankers.

STEWART en YOUNG vonden gedurende het tijdvak 1911—1920 in het geheel 176 cervix-, tegenover 38 corpus-carcinomen, en SELIGA 199 cervix- tegenover 34 corpus-carcinomen.

DOEDERLEIN (München) gaf een frequentie op een 29 %, n.l. 36 corpus carcinomen tegenover 88 collum-carcinomen, terwijl MAYER het vond in de verhouding van 1 corpus- tegen 5 collum-carcinomen.

Al de bovengenoemde getallen mogen m.i. rechtvaardigen de uitspraak:

a. dat carcinoma corporis uteri betrekkelijk veel voorkomt, meer dan men gewoonlijk in de vooral oudere leerboeken vindt opgegeven;

b. dat er vooral den laatsten tijd een toename in frequentie valt waar te nemen.

Toch behoeft deze uitspraak eenige restrictie.

Het is n.l. uit de onderzoekingen van WEIBEL, die het materiaal der Weensche kliniek van WERTHEIM bewerkte, loopende over 14 jaar, waarbij hij slechts 70 gevallen van corpus-carcinoom tegenover 1500 collum-carcinomen vond, d.i. dus een frequentie van slechts 4,66 %, gebleken, dat deze stijging der frequentie-kromme van het corpus-carcinoom niet zoo constant en regelmatig verliep als die van het collum-carcinoom. Nu eens kwam een ware ophooping in zijn waarnemingsspheer, dan weer een heelen tijd niets.

Volgens DEN HOED kwamen in het Antonie van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam onder 300 portio- en cervix-carcinomen slechts 14 corpus-carcinomen voor, dus een frequentie van ongeveer 5 % slechts. De reden voor deze lage percentage zocht hij in het feit, dat bijna niets anders dan inoperabele gevallen toegestuurd kreeg.

Wat betreft de hooge frequentie en die onregelmatigheid van voorkomen van het corpus-carcinoom, moet men, zooals DRIESSEN er op gewezen heeft, rekening houden met de mogelijkheid, dat het kan liggen in de uiteenloopende — optimistische, resp. pessimistische — interpretatie der microscopische praeparaten, verkregen door de proefcurettage. In dit verband vermeldde hij het geval, dat in een kliniek eener groote stad, waar in 1 jaar tijds 50 % corpus-carcinomen zouden zijn voorgekomen, bij nadere studie der microscopische praeparaten er bij 11 van de 17 opgegeven gevallen van corpus-carcinoom de diagnose abusievelijk was gesteld, zoodat de ware verhouding dus was 6 corpus- op 17 collum-carcinomen, d.i. ongeveer 1 : 3.

Verder dient nog in het oog te worden gehouden, dat de boven gegeven getallen haast alle „ziekenhuisgetallen" zijn, zoodat daaruit omtrent de „werkelijke frequentie" van het corpus-carcinoom geen absolute conclusies mogen worden getrokken.

Resumeerende kunnen wij dus zeggen, dat in het algemeen de frequentie van het carcinoma corporis uteri zeer ten achter staat bij die van het collum-carcinoom, en dat die frequentie in den loop der tijden, zij het wellicht slechts relatief, is toegenomen, althans niet meer als zoo zeldzaam mag worden beschouwd als vroeger.

In dit verband moge worden gewezen op de onderzoekingen van ROCCO, die er opmerkzaam op had gemaakt, dat de kankerachtige ziekten gedurende „den grooten oorlog" zijn toegenomen, terwijl KAUFFMANN op grond van zijn statistische gegevens tot de slotsom kwam, *„dasz der Krieg und die Nachkriegzeit mit ihren gewaltigen sozialen und kulturellen Verschiebungen innerhalb des Volkskörpers auf die Krebserkrankungen der Generationsorgane der Frau nicht ohne merklichen Einflusz geblieben sind"*, in dien zin, dat deze invloed zich manifesteerde o.a. hierdoor, dat er meer corpus-carcinomen werden waargenomen dan in de vóór-oorlogstijd niet alleen, maar ook dat ze op een wat vroeger leeftijd (± ½ jaar eerder) tot ontwikkeling kwamen dan voorheen.

Vóór hem had VOLTZ reeds gewezen op de verschuiving van den praedilectie-leeftijd van de genitaalkanker bij de vrouw, welke haar oorzaak zou vinden in omstandigheden, door den oorlog geschapen.

Met het bovenstaande wilde ik slechts doen uitkomen, dat niet alleen de methode ter herkenning van deze en dergelijke afwijkingen in den loop van den tijd aanmerkelijk verbeterd zijn, en de aandacht intensiever is gevestigd op het corpus-carcinoom, waardoor als vanzelf het statistische getal der carcinomen van het baarmoederlichaam werd opgevoerd, maar dat er naar het schijnt ook concrete omstandigheden bestonden, (Het bewijs hiervoor is natuurlijk niet mathematisch te leveren), welke tot het ontstaan der hoogere frequentie van corpus-carcinomen aanleiding zouden kunnen geven, al zegt GREIL, dat *„das exogene Moment bei der Entstehung der Gewächse ein ganz untergeordnete Rolle spielt."*

II. AETIOLOGIE.

Hoewel dit gedeelte van het kankerprobleem, in casu van het carcinoma corporis uteri, met onze huidige hulpmiddelen het moeilijkst te benaderen is, en wellicht juist daarom het meest interessants biedt (theoretisch), waarover dus veel te schrijven zou zijn, toch moet ik mij in deze beperkingen opleggen; alle daarop betrekking hebbende stellingen verkeeren m.i. nog in het stadium der hypothese. Slechts enkele punten moge hier kort worden genoemd.

Als „oorzaak" tot het ontstaan van kankergezwellen in het baarmoederlichaam kunnen, gelijk elders, zoowel exo-, als endogene momenten worden aangenomen, zooals (mechanische, chemische, thermische, radioactieve, wellicht ook infectieuse) prikkels, waaronder in dit geval de sexueele als een bijzondere soort kan worden aangemerkt, zij het ook dat het exacte bewijs daarvoor nog moet worden geleverd; verder praecancereuse ziekten (ORTH[1]), o.a. endometritis (hyperplastica) chronica; het onder gunstige omstandigheden opleven (woekeren) van „Verlagerte" cellen (COHNHEIMSCHE theorie); anaplasie der weefselelementen (HANNEMANN), dan wel hormonale invloeden.

Volgens LAHM is het uterusslijmvlies functioneel als één begrensde eenheid op te vatten, ook in gevallen van ziekte. De basis voor het ontstaan van het corpus-carcinoom vormt dus het geheele uterus-slijmvlies. Op grond hiervan neemt hij aan, dat het corpus-carcinoom is een „carcinoma sui generis", welker oorzaken te vinden zouden zijn in de enorme „Wandlungsfähigkeit" van het baarmoederslijmvlies, welke op haar beurt weder onder invloed staat van de overiaal-hormonen.

Het wezen echter der aetiologie van het carcinoma corporis uteri ligt, evenals die van de kanker in het algemeen toch nog volkomen in het duister.

Er zijn evenwel een aantal factoren te noemen, welke ge-

[1]) In HALBAN u. SEITZ, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV, 1928.

acht kunnen worden op het ontstaan van het carcinoom van het baarmoederlichaam invloed te kunnen uitoefenen:

a. Heriditeit.

Wel-is-waar bestaat hieromtrent (nog) geen absolute zekerheid – het mathematische bewijs voor de causale samenhang tusschen heriditeit en corpus-carcinoom zal m.i. wel zeer moeilijk, zoo niet onmogelijk te geven zijn, – doch in analogie met de overerfelijkheid, waargenomen bij kanker van andere lichaamsdeelen in het algemeen en die van de baarmoeder in het bijzonder, en ook in verband met hetgeen in de dier-pathologie wordt gezien, mag men dat t.o.v. het carcinoma corporis uteri een zekere mate van waarschijnlijkheid toch wel aannemen. [1])

Niet absoluut zeker kan ze zijn, omdat men zich bij de vaststelling der klinische erfelijkheid meestal slechts met *mededeelingen* van den kant van de patienten betreffende het voorkomen van kanker, waaronder door den leek naast het carcinoom ook het sarcoom en zelfs andere, niet maligne gezwellen worden gerekend, in de ascendentie heeft moeten vergenoegen.

Een zeer groote mate van waarschijnlijkheid heeft zij, omdat er onomstootelijk vast zijn komen te staan het bestaan van z.g. kankerfamilies (o.a. die van NAPOLEON I en van BROCA), waarbij de overerving van het carcinoom zoowel in de a-, als in de descendentie kan worden gevolgd.

MAYER zegt in dit verband in VEIT's Handbuch für Gynaekologie *„Alles zusammengenommen musz man wohl an eine Vererblichkeit des Krebses denken. Aber nicht nur die Karzinomentstehung, sondern auch eine* **bestimmte Form** *des Karzinoms, die* **Lokalisation** *in* **einen bestimmten Organ** *und die Metastasenbildung scheinen von einer erblichen Disposition ab zu hängen."*

Bovendien is het hem opgevallen, dat die overerving geschiedde hoofdzakelijk **langs de vrouwelijke linie**, een merkwaardigheid welke ook door ROGER WILLIAMS werd opgemerkt.

[1]) A. MAYER, Karzinom und Konstitution. — VEIT-STOECKEL, Handb. d. Gynäkologie, 1927, Bd. III, S. 664.

Doch dit schijnt geen „wet van MEDEN en PERZEN" te zijn!

Latere onderzoekingen (VAN DAM) hebben n.l. uitgewezen, dat kinderen uit families, waar beide ouders aan maligne tumoren stierven, niet noodwendig aan diezelfde ziekte, hoewel zij een hoogen leeftijd hadden bereikt, behoefden te lijden.

Ook DE JOSSELIN DE JONG verwierp de erfelijkheidstheorie bij kanker vrijwel geheel, terwijl DEELMAN eveneens, zij het in wat voorzichtiger vorm, tot dezelfde conclusie kwam.

De erfelijkheid t.a.v. het corpus-carcinoom in cijfers te demonstreeren, lijkt mij, gezien ook de omstandigheid, dat dit probleem (hetgeen uit het boven medegedeelde moge blijken) feitelijk nog geenszins opgelost is, van slechts ondergeschikt belang, waarom ik ze dan ook gevoegelijk achterwege heb gelaten. Immers, wat dienaangaande voor het carcinoom in het algemeen wordt aangenomen, geldt mutatis mutandis ook voor het carcinoma corporis uteri.

Onafhankelijk (waarschijnlijk) van de overerfelijkheid, mag als zeer waarschijnlijk worden aangenomen een **bepaalde praedispositie** voor het corpus-carcinoom, hetgeen zich o.a. uit in het feit, dat het meer voorkomt bij nulliparae. A. MAYER, wien het was opgevallen, dat bij corpus-carcinoom een late menarche en steriliteit vaker voorkomen dan bij collum-carcinomen, beweerde zelfs dat in menig opzicht de steriliteit als een „praecancereus stadium" mag worden opgevat.

In hoeverre deze meening juist is, kan m.i. slechts een zeer ruime ervaring in deze materie beslissen.

Bovendien zal bovengenoemde praedispositie wel ten nauwste samenhangen met de algemeene lichaams-constitutie, welke beheerscht wordt door den leeftijd, de heriditeit, de „praecancereuse diathese" en de genius loci (epidemicus).

b. **Levenswijze en sociale omstandigheden.**

In hoeverre deze het ontstaan van het corpus-carcinoom

kunnen beïnvloeden is nog niet met zekerheid vastgesteld. Vroeger dacht men, dat baarmoederkanker meer bij de armen zou voorkomen dan bij de beter gesitueerden, hetgeen in verband werd gebracht met de meerdere hygiënische omstandigheden der betere standen en met het vroegtijdig hulp zoeken in geval van ziekte. Of eventueel ook de voeding daarbij een rol kan spelen, is evenmin een uitgemaakte zaak.

JORRITSMA meende de levenswijze en sociale omstandigheden van de patienten voor het ontstaan van baarmoederkanker wel in rekening te mogen brengen, een invloed, welke zich zou afspiegelen in de verhoudingsgetallen der polikliniek-, resp. privaat- praxis-patienten. Volgens zijn berekening waren ruim 3 % der polikliniek-patienten lijdende aan carcinoom van de baarmoeder, terwijl hij voor de privaat-praxis (VAN TREUB) als procentscijfer 1,7 aangaf.

SCHROEDER vond onder zijn privaat-praxis 2,1 % en onder zijn polikliniek-patienten 3,6 % uterus-carcinomen.

De sterfte aan uterus-carcinomen stond onder de rijken tot die der armen als 100 : 235 (WEINBERG).

Ook elders schijnen in dit opzicht dezelfde verhoudingen te bestaan. Zoo berichten SMITH en GRINNELL over de van 1875 tot 1927 in het „Free hospital for Women" behandelde gevallen, waarbij voorkwamen:

a. in het ziekenhuis 101 corpus- tegen 550 cervix-carcinomen (1 : 4.46).

b. in de privaat-praxis 97 corpus- tegen 108 cervix-carcinomen resp. een verhouding van 1 : 1, 11.

Ook volgens VOLTZ zouden de sociale omstandigheden van invloed zijn op het ontstaan van het corpus-carcinoom. Sommigen (KERMAUNER) beweren, dat arbeidersvrouwen meer aan cervix-, terwijl vrouwen van den middenstand meer aan corpus-carcinoom lijden.

Volgens anderen is deze omstandigheid niet gebonden aan de sociale posities dier vrouwen, doch slechts als coincidenteel is te bechouwen.

c. **Leeftijd.**

In verband met den leeftijd als factor, welke het ontstaan

van het carcinoma corporis uteri kon beïnvloeden, vond ik de volgende tabellen opgegeven:

De 34 gevallen van PICHOT en de door hem uit de literatuur verzamelde gevallen van carcinoma corporis uteri waren als volgt gerangschikt:

20—30 jaar	7 gevallen		
30—40 „	3 „		
40—50 „	12 „		
50—60 „	38 „	}	= 63 %
60—70 „	13 „	}	
boven 70 „	1 „		

Latere onderzoekingen stemden hiermede overeen.

MAUNU af HEURLIN gaf het volgende op:

20—29 jaar	1 geval		
30—39 „	2 gevallen		
40—49 „	7 „	}	= 55,5 %
50—59 „	25 „	}	
60—69 „	8 „		
70—79 „	2 „		

en WEIBEL:

30—40 jaar	2 gevallen		
50—60 „	35 „	}	= 82,1 %
40—50 „	20 „	}	
60—70 „	9 „		
70—80 „	1 „		

TREUB vond ze voorkomen in 2½ % der gevallen bij vrouwen van 20—30 jaar, ¾ der gevallen trad eerst op na het 40e jaar, t.w.

40—50 jaar	21 %	}	= 71 %
50—60 „	50 %	}	
60—70 „	17½ %		

Bij de onderzoekingen van JORRITSMA bleek het volgende:

40—45	jaar	2	gevallen
45—50	,,	6	,,
55—60	,,	5	,, } = 68 %
50—55	,,	4	,, }
60 en ouder	,,	5	,,

terwijl DRIESSEN zijn materiaal als volgt groepeerde:

40—45	jaar	3	gevallen
45—50	,,	8	,,
55—60	,,	13	,, } = 72 %
50—55	,,	12	,, }
60—65	,,	5	,,
65—70	,,	4	,,
70—76	,,	1	,,

In het ,,Lehrb. der Gyn." van W. STOECKEL (1928, blz. 378) vond ik voor carcinoma corporis uteri de volgende leeftijds-tabel opgegeven:

31—35	jaar	1,5 %	
36—40	,,	15 %	
41—50	,,	30,5 %	} = 62,5 %
51—60	,,	32 %	}
61—70	,,	18,5 %	

en volgens MAYER:

35—40	jaar	1	geval
40—45	,,	7	gevallen
50—55	,,	17	,, } = 80,1 %
45—50	,,	10	,, }
55—60	,,	18	,,
60—65	,,	11	,,
65—70	,,	1	,,

Uit de literatuur kan KERMAUNER de volgende samenvattende statistiek opstellen:

20—30 jaar	8 gevallen		
30—40 „	35 „		
50—60 „	307 „	}	= 69,1 %
40—50 „	166 „	}	
60—70 „	144 „		
boven 70 „	25 „		

Uit de boven vermelde statistieken moge genoegzaam blijken dat het carcinoma corporis uteri als regel zich ontwikkelt, c.q. zich manifesteert (zie later), bij vrouwen op rijperen leeftijd, meestal na de menopauze, het meest frequent tusschen het 50e en 60e jaar.

Op den leeftijd tusschen 40 en 60 jaar werd het carcinoom corporis uteri gevonden door:

PICHOT	in	63 %	der	gevallen
HEURLIN	„	55,5 %	„	„
WEIBEL	„	82,1 %	„	„
TREUB	„	71 %	„	„
JORRITSMA	„	68 %	„	„
DRIESSEN	„	72 %	„	„
SCHROEDER	„	62,5 %	„	„
MAYER	„	80,1 %	„	„
KERMAUNER	„	69,1 %	„	„

Ook KROEMER vond in 65 % der gevallen van carcinoma corporis uteri den leeftijd van 50—65 jaar.

Beneden het 40e jaar werd het opgegeven door:

PICHOT	in	13 %	der	gevallen
HEURLIN	„	6,6 %	„	„
WEIBEL	„	2,9 %	„	„
TREUB	„	2,5 %	„	„
MAYER	„	1 %	„	„
KERMAUNER	„	6,3 %	„	„
SCHROEDER	„	16,5 %	„	„

terwijl JORRITSMA en DRIESSEN geen enkel geval hadden van beneden het 40e jaar en hoogst zelden tusschen het 40e en 45e jaar. Deze omstandigheid is voor DRIESSEN mede aanleiding ieder geval van carcinoma corporis uteri op jeugdigen leeftijd, welke in de literatuur (vooral de wat oudere) vermeld staan, met een zekere reserve te aanvaarden. Een en ander brengt hij in verband met de vaak zeer moeilijke herkenning van, resp. differentiatie tusschen carcinomateus en normaal, hyperplastisch slijmvlies van de baarmoeder. In een laboratorium vond hij b.v. geboekt 2 gevallen van carcinoma corporis uteri bij vrouwen van onder het 40e jaar. Bij nader onderzoek bleek hem, dat beide diagnoses foutief waren.

In dit verband moge, zij het wellicht ten overvloede, nog even gereleveerd worden, dat, zooals door VOLTZ en KAUFFMANN statistisch is bewezen, door de veranderde, c.q. minder gunstige omstandigheden (door den oorlog veroorzaakt) het corpus-carcinoom zich (wel ½ jaar) vroeger zou kunnen ontwikkelen dan men dat gewoon was waar te nemen.

d. Geslachtsfunctie.

Een andere merkwaardigheid is de betrekking van het carcinoma corporis uteri tot de geslachtsfuncties der vrouw. Zooals ik boven er reeds op heb gewezen, treedt het corpuscarcinoom in de meerderheid der gevallen op **na** de menopauze, volgens JORRITSMA bij niet minder dan 63 % der gevallen. Bij de overgroote meerderheid dezer patienten was de menses reeds voor meer dan 5 jaar opgehouden. Slechts in een betrekkelijk klein procentage wordt ze waargenomen in een tijd, waarin de menstruatie nog niet is opgehouden.

Bekend is ook het feit, dat het carcinoma corporis uteri in vele gevallen optreedt bij vrouwen, bij wie de **menarche zeer laat** is opgetreden. Dit constitutioneel moment nam MAYER waar in 48,4 % zijner gevallen van carcinoma corporis uteri tegen 42 % bij het collumarcinoom. De menstruatie kwam daarbij gemiddeld ½ jaar later voor den dag. In 21,4 % der corpus-carcinomen begon ze eerst op 18-jarigen leeftijd.

Deze eigenaardigheid werd in verband gebracht met de daarbij zeer vaak geconstateerde hypoplasie van het genitaalapparaat en het achterblijven in ontwikkeling van het bindweefsel. Dit, gevoegd bij de THIERSCH'sche theorie, welke een verminderde weerstand van het stroma in oorzakelijk verband veronderstelt met de carcinoomontwikkeling, zou de verlate menarche dus op te vatten zijn als een teeken van „aanleg tot carcinoom" (MAYER). In hoeverre deze theorie juist is, wensch ik hier in het midden te laten.

e. Steriliteit en graviditeit.

Van belang te achten is ook de verhouding van het carcinoma corporis uteri met de **steriliteit**, respt. **graviditeit.**

Reeds aan SCHROEDER was het opgevallen, dat corpus-carcinomen veel bij nulliparae voorkwamen.

HOFMEIER nam dat waar in 21 % der gevallen. Ook JORRITSMA wees op deze merkwaardigheid. Ongeveer 6 % der vrouwen, die nooit gebaard hadden, leden aan portio-carcinoom. Het carcinoma corporis uteri echter nam hij waar bij ruim 26 % der nulliparae. In de privaatpraxis van TREUB waren 6 van de 7 gevallen van carcinoma corporis uteri nulliparae.

Van de 18 patienten met corpus-carcinoom, door CULLEN medegedeeld, hadden 10 nooit gebaard, d.i. in 55.5 %. DEELMAN vond onder het materieel der Vrouwenkliniek te Amsterdam 48 patienten met corpus-carcinoom, onder wie 15 nulliparae, d.i. in 31 % der gevallen. De voorkeur van het carcinoma corporis uteri voor ongehuwde en kinderlooze oude vrouwen werd in een later ondetrzoek nog eens bevestigd. Het werd waarschijnlijk geacht, dat het als de oorzaak van de groote sterfte (aan baarmoederkanker) moet worden beschouwd bij ongehuwden boven het 70e jaar, (METHORST en DEELMAN).

Onder de 46 patienten van DRIESSEN bevonden zich 11 ongehuwden, bijna allen virgines intactae. Door het ontbreken van gegevens omtrent het aantal kinderen, kon hij het juiste getal nulliparae echter niet opgeven.

MAYER vond dat onder de gehuwde vrouwen met corpus-carcinoom 16.3 % steriel waren.

In TREUB's „Leerboek der gynoecologie" (1928, blz. 742) vond ik opgegeven, dat voor de nulliparae de getallen, betrekking hebbende op het voorkomen van carcinoma corporis uteri, varieerden tusschen 3 en 25 %, en bij KERMAUNER tusschen 25 en 30 %.

Waar bij de nulliparae de prikkel „geboorte-trauma", bezien in het licht der theorie van MULLER-VIRCHOW geheel ontbreekt, schreef MAYER het ontstaan der corpus-carcinomen toe aan het reeds boven aangestipte „bestaande aanleg".

Volgens BAUER heette het, dat *„eine Erkrankung an Krebs, welcher Art die Ursache auch immer sein mag, ist ohne Disposition des betreffende Individium nicht zu erklären".*

Of het omgekeerde der stelling, n.l. dat steriliteit te dezen opzichte te beschouwen is als een „praecancereus stadium", ook recht van bestaan heeft, zal, gelijk ik boven reeds heb aangestipt, verdere ervaring moeten leeren.

Ook v. d. HOEVEN maande tot voorzichtigheid bij het aannemen van een oorzakelijk verband tusschen steriliteit en carcinoma corporis uteri, gezien het feit, dat ongeveer 15 % der nulliparae, die zich onder zijn patienten bevonden, oude vrouwen waren, m.a.w. de factor „ouderdom" was in die gevallen niet geheel uit te sluiten.

Interessant is ook de verhouding tusschen het **aantal zwangerschappen,** resp. **geboorten** tot het carcinoma corporis uteri, omdat ze als mogelijke prikkel tot het ontstaan van corpus-carcinomen, waarbij dit verband statistisch reeds duidelijk is waar te nemen, in dien zin, dat collum-carcinomen vaker worden aangetroffen bij multiparae dan bij weinigbarenden, respect. nulliparae (JORRITSMA en anderen).

Zooals boven is ontvouwd, ziet men ten aanzien van het carcinoma corporis uteri juist het tegengestelde.

RUGE en VEIT vonden onder het door hen bewerkte materiaal bij:

0 - parae	17	carcinoma	corporis uteri
I - „	1	„	„ „
II - „	2	„	„ „
III - „	2	„	„ „
IV - „	2	„	„ „
V - „	2	„	„ „
VI - „	1	„	„ „
VII - „	1	„	„ „
vrouwen met een onbekend aantal baringen	3	„	„ „

Ook hieruit blijkt weer de voorkeur van het corpus-carcinoom voor de nullipara, m.a.w. hoe meermalen gebaard, hoe minder corpus-carcinoom.

Ter vergelijking moge hierbij een staatje, betrekking hebbende op het collum-carcinoom door JORRITSMA samengesteld, worden gegeven:

	Klinische patienten	Privaat-praxis
Onbekend	6	2
0 - parae	15	11
I - „	23	6
II - „	15	4
III - „	126, III - XVI - parae	33

Volgens BECKMANN, wiens statistiek ging over 226 gevallen van carcinoma uteri, was de verdeeling als volgt:

0 -	parae	5,4 %
I -	„	11,37 %
II - IV	„	31,74 %
IV - VI	„	22,75 %
VI - XIX	„	28,74 %

Uit boven aangehaalde statistieken moge genoegzaam blijken het **grootere gemiddelde aantal geboorten** bij de meerderheid der vrouwen met **collum-** dan met **corpus-**carcinoom.

Bij lijderessen aan cervix-carcinoom berekenden STEWART en YOUNG het gemiddelde aantal kinderen op 4,86 en bij die met corpus-carcinoom waren 40,5 % nulliparae, terwijl het gemiddeld aantal kinderen bij haar, die reeds gebaard hebben, bedroeg 2,43.

Waar het kindertal bij de lijderessen aan carcinoma corporis uteri in vergelijking met dat bij collum-carcinoompatienten gemiddeld klein, resp. 0 is, is het aan te nemen, dat de prikkel „zwangerschap resp. geboorte" als factor voor het ontstaan van het carcinoma corporis uteri niet zoo'n belangrijke rol speelt als bij collum-carcinomen.

Wat betreft het **samengaan** van graviditeit en corpus-carcinoom, dit moet als een groote zeldzaamheid worden beschouwd, zoo, dat sommigen de mogelijkheid daarvan als zeer onwaarschijnlijk, resp. uitgesloten achten.

Dit hoeft ons na de voorgaande bladzijden eigenlijk niet te verwonderen. Immers, wij weten, dat in de meerderheid der gevallen het carcinoma corporis uteri optreedt in een tijd waarin de ovulatie normaliter reeds lang heeft opgehouden, n.l. na de menopauze, waarin zwangerschap dus geen regel meer pleegt te zijn. Toch zijn enkele zekere waarnemingen van het samengaan van zwangerschap met het bestaan van het carcinoma corporis uteri bekend.

Zoo deelde SCHUMANN een geval mede betreffende een 43-jarige vrouw, X - para, die 20 dagen over pijn in den rug klaagde en vloeide. De uterus was vergroot. Bij curettage bleek microscopisch een ontwijfelbare adeno-carcinoom te bestaan. De uterus werd naar aanleiding hiervan totaal geexstirpeerd. **In utero zat een 8 c.M. lange foetus in een intact gebleven vruchtzak.**

Blijkbaar was gecuretteerd in een streek 3 c.M. boven de cervix en extra-placentair.

Waar de zwangerschap een goeden invloed op de groei van het carcinoom (door hyperaemie van den zwangeren uterus en daardoor betere voeding voor het gezwel) kan uitoefenen, is de prognose voor de zwangerschap zelf verslechterd. Immers, zoowel moeder, als vrucht zullen den terugslag van uit het carcinoom (cachexie etc.) noodwendig ondervinden. Gevolg daarvan is, dat in die gevallen de zwangerschap meestal ontijdig wordt onderbroken.

Hand aan hand hiermede is het dan ook zeer moeilijk te zeggen, wat de invloed zou kunnen zijn van het corpus-carcinoom op het puerperium en omgekeerd.

III. SYMPTOMATOLOGIE.

Soms gedurende betrekkelijk langeren tijd, en als regel in het beginstadium der ziekte, verraadt geen enkel symptoom het bestaan van een carcinoma corporis uteri.

Een bestaande adipositas, dat niet zelden wordt aangetroffen bij lijderessen aan carcinoma corporis uteri, kan onze gedachtengang soms juist van het idee carcinoom afleiden.

Vroeg of laat (soms zelfs indien het corpus-carcinoom reeds inoperabel blijkt te zijn komen de verschijnselen, welke alle niet specifiek zijn voor het carcinoma corporis uteri toch voor den dag.

Een der meest constante symptomen is wel de **bloeding,** een verschijnsel, dat zoowel door patient, als dokter vaak wordt miskend, vooral indien het in een tijd optreedt, waarin de menopauze nog niet (geheel) is ingetreden.

In sommige gevallen kan de **menorrhagie,** c.q. **metrorrhagie** ook geheel ontbreken, de menstruatie een normaal beloop hebben.

Waar bloeding is, doet ze zich voor als een ietwat versterkte, dan wel onregelmatige menstruatie, welke echter niets specifieks in zich heeft.

Langzamerhand verdwijnt het cyclische type der bloedingen.

Als symptoom wint de bloeding aan waarde, wanneer zij optreedt **na** de menopauze, waarbij de menstruatie vaak reeds geruimen tijd (5 jaar en langer soms is opgehouden).

In andere gevallen treedt de bloeding op als een plotselinge fluxus, schijnbaar zonder oorzaak, met intervallen nu eens van weken, dan weer van een paar dagen slechts.

Ook de aard van de bloeding kan verschillend zijn. In den beginne kan ze bestaan uit **zuiver rood bloed.** Later kan het sero-sanguinolent, en door hypersecretie van de mucosa uteri rose-achtig troebel (vleeschnat) worden.

De bloeding is daarom van belang, omdat zij in de meerderheid der gevallen het eerste (80 %), soms zelfs het eenige symptoom is van het carcinoom van het baarmoederlichaam.

Hoe lang na het ontstaan van het carcinoma corporis uteri

deze eerste bloedingen optreden is meestal niet met zekerheid uit te maken. De schatting van den duur van het bestaan van de aandoening wordt vaak nog bemoeilijkt, doordat de patienten daarvoor vaak eerst laat (soms 1 jaar en langer na de eerste symptomen! JORRITSMA) zich onder behandeling stellen. Dit gebeurt ook vaak onbewust. Inderdaad kan de bloeding soms maanden, ja, jaren (zelfs tot 4 jaren! WEIBEL) duren, zonder dat ze ernstige bezwaren voor de patienten veroorzaken.

Niet altijd, soms alleen bij bepaalde vormen van carcinoom, gaat de bloeding gepaard met een mucopurulente afscheiding uit de genitalia, waardoor ze dan verward kan worden met een colpitis senilis, pyometra, eileider-, ovariumziekten, t.b.c. van de uterus. Bij al deze aandoeningen kan eveneens een dergelijke afscheiding uit de vagina bestaan.

Zeer verdacht voor carcinoom is een bijmenging met **vleeschwaterachtige afscheiding,** (zie boven) waarin stukjes neoplasma als schilfers of brokjes, gepaard gaande met een volgens FRANSCHE onderzoekers zeer karakteristieke intense reuk. Van DUITSCHEN kant (VEIT en RUGE) wordt beweerd, dat deze eigenaardige stank niet noodwendig gebonden is aan het carcinoom van de baarmoederlichaam.

Zij kan soms ook worden waargenomen bij een goedaardig adenoom.

Een ander merkwaardig symptoom van het carcinoma corporis uteri is de **pijn** in de onderbuik, welke het eerst door JAMES SIMPSON werd opgemerkt, en als koliekachtig of knijpend wordt aangegeven. Ze is intermitteerend periodisch of inconstant, en variabel. Ze is des te typischer voor het corpus-carcinoom, naarmate ze regelmatiger (dagelijks, soms op een bepaald uur) optreedt.

De pijnen worden langzamerhand heftiger, soms zelfs zoo, dat de vrouwen het uitschreeuwen van de pijn, om na korter of langer tijd weer geleidelijk te verdwijnen. Na een bepaalde pauze beginnen ze opnieuw. Deze pijnparoxysmen treden eerst eenmaal, later meermalen daags op.

Bij 61,9 % der patienten van RUGE en VEIT konden deze pijnen worden vastgesteld. Ook bij hen luisterden ze prompt naar de ingestelde therapie. Bij 3 dier patienten verdwenen ze onmiddellijk na curettage.

Evenals SIMPSON vond PHILIPS, dat dergelijke pijnen, behalve in zeldzame gevallen van verkalkte submuceuse fibromen en vloeistofretentie in utero (haematometra), alleen bij carcinoom van het baarmoederlichaam, c.q. den fundus uteri, voorkwamen, m.a.w. voor deze aandoening min of meer pathognomonisch zijn.

Niet minder dan 60 van de 82 door hem beschreven gevallen klaagden daarover.

KERMAUNER kon de pijnen bij het corpus-carcinoom niet typisch vinden. Bovendien zouden volgens hem de echte pijnen eerst zeer laat optreden, n.l. wanneer het carcinoom het orgaan overschreden en het peritoneum bereikt heeft, vooral indien daarbij darmlissen gefixeerd zijn (ileus) of peritonitis bestaat, m.a.w. zij is een uiting van **complicatie,** maar niet van de ziekte als zoodanig.

SCHROEDER, HOFMEYER, ook RUGE en VEIT zagen daarin een streven van den uterus om den tumor of gedeelten er van langs den natuurlijken weg te verwijderen door uterus-contracties, waaraan dan de periodische pijnaanvallen gebonden zijn.

Volgens POZZI zou de pijn afhankelijk zijn van een bestaande n e p h r i t i s. Want met de verwijdering van den tumor bleven de pijnen toch bestaan, en genazen eerst, nadat de nephritis was verdwenen.

PHILIPS beschouwde de boven aangeduide pijnen als te zijn van **neurologischen aard.**

Uitwendig zijn er voor het carcinoma corporis uteri geen karakteristieke verschijnselen aan te wijzen.

De **algemeene toestand** behoeft, in het begin vooral, niet gestoord te zijn, misschien wat vage klachten, o.a. verminderde eetlust, lichte algemeene vermagering en slapeloosheid (KOBLANCK), matheid, moe gevoel. Eerst later (in onbe-

handelde gevallen), als eindstadium kan er zich een toestand van algemeene carcinoom-cachexie met alle gevolgen van dien uit ontwikkelen.

Het karakteristieke van deze symptomen ligt hem daarin. dat ze bij het corpus-carcinoom zich **slechts uiterst langzaam,** haast onmerkbaar ontwikkelen, hetgeen schijnt samen te hangen met de langzame groei van het gezwel in de baarmoeder, en het lang (soms jaren) beperkt blijven in dat orgaan.

In overeenstemming hiermede zijn ook de locale symptomen niet zeer markant. In het beginstadium voelt men bij inwendig onderzoek niets bijzonders, misschien een iets grootere uterus dan men zou verwachten bij patienten, die vaak reeds op zeer ver gevorderden leertijd zijn (uterusatrophie). In 65 % der gevallen werd de uterus niet vergroot gevonden (NORRIS en VOGT). Onder de 46 gevallen van corpus-carcinoom, door DRIESSEN beschreven, was verreweg de grootste helft bij bimanueel onderzoek geen afwijkingen van de inwendige geslachtsorganen te ontdekken.

De portio kan daarbij wat week zijn. Overigens is de uterus volkomen mobiel, in het weefsel om de baarmoeder niets verdachts aan te voelen. Vergroeïngen met de omgeving hebben als regel eerst zeer laat, in de laatste stadia der ziekte, plaats.

Bij voortdurende woekering wordt de uterusvergrooting duidelijker, kan de grootte van een kinderhoofd bereiken. De baarmoeder wordt dan onregelmatig week, soms hobbelig. Op het eerste moment doet het denken aan een kleine myoom of een beginnende graviditeit (van 2 à 3 maanden), dan wel aan een uterus na abortus.

Bij zeer oude vrouwen kan de uterus daarbij ook klein blijven; zij voelt dan hard aan. In deze gevallen representeert ze dan de atrophische, geheel door tumormassa geïnfiltreerde uterus.

IV. DIAGNOSE EN DIFFERENTIEEL DIAGNOSE.

Door de geringe verscheidenheid der verschijnselen is de klinische diagnose van het carcinoma corporis uteri gemakkelijk uit het voorgaande te reconstrueeren.

Voor de praktijk gelde m.i. dat iedere bloeding uit de genitaliën bij een (oude) vrouw, die reeds lang niet meer menstrueert, of in gevallen, waarbij de menses nog in een relatief hoogen ouderdom voortduurt, voor ons een aanwijzing dient te zijn om eens extra te letten op de mogelijkheid van het bestaan van een carcinoma corporis uteri. Gaat deze bloeding gepaard met een stinkende vaginaal-afscheiding, waarin vuilgrijze weefselstukjes en brokjes zich bevinden, dan nadert de waarschijnlijkheid van carcinoom in de baarmoeder heel dicht de zekerheid.

Toch behoeft iedere bloeding uit de genitaliën van een vrouw in het climacterium, al of niet gepaard met afscheiding, niet altijd carcinoom van het baarmoederlichaam te beteekenen. Immers ook in normale omstandigheden kan er, vooral in het praeclimacterium, wat onregelmatige methrorhagiën bestaan. Deze zijn echter meestal gering en verdwijnen na een tijdje dan voor goed.

Differentieel-diagnostisch komen verder in aanmerking:

1. colpitis senilis, waarbij vaak zwak bloederige tot bloed-etterige afscheiding kan bestaan. Het secreet is hierbij meestal dun vloeibaar, geeft spoedig aanleiding tot jeuk en branderig gevoel. Het worde niet uit het oog verloren, dat zij meestal in latere stadia, als nevenverschijnsel van het carcinoma corporis uteri kan optreden.

2. Goedaardig adenoom (z.g. slijmvliespoliepen van de baarmoeder). Deze gaan uit van de basale gedeelten van het uterus-slijmvlies, geven in de jeugd soms menstruatie-bezwaren. Blijven ze ook op hoogen leeftijd bestaan, dan kunnen ze ook aanleiding geven tot bloedingen, afgezien

nog van de omstandigheid, dat ze ook maligne kunnen degenereeren. In vele gevallen kan alleen het microscoop de beslissing brengen.

3. Bloedingen op dezen leeftijd (waarin het corpus-carcinoom pleegt voor te komen) kunnen ook veroorzaakt worden door vaatsclerose (BENTHIN), waarbij soms polypeuze vormsels in den uterus te vinden zijn, welke bijna geheel uit bloedvaten bestaan. Deze kunnen ruptureeren en aanleiding geven tot uterusbloedingen.

KERMAUNER beschouwt deze sclerotische degeneratie te zijn als het gevolg van den invloed der seniel-atrophische ovaria.

4. Geïsoleerde **tuberculose van het baarmoederslijmvlies** (GERICH, DEYMEL). Klinisch kon dit volkomen lijken op carcinom van het corpus uteri, met bloedingen, die soms 4 jaar kunnen duren. Microscopisch bleek het proces dan van tuberculeuzen aard te zijn, met geen enkelen spoor van carcinoom.

5. Myomen kunnen eveneens aanleiding geven tot bloedingen uit de genitaliën. Zoolang zij klein zijn, is de onderscheidng vaak moeilijk, nog afgezien van de mogelijkheid van combinatie met het carcinoom.

SMITH en GRINNELL zagen deze combinatie in 25,7 % zijner gevallen. Volgens de statistieken der laatste 20 jaren zou ze naar ULDSTROEMER voorkomen in 10 % der gevallen. Onder zijn eigen materiaal (van de Universiteits Vrouwenkliniek in Lund, 1905—1926) werd ze echter onder 769 histologisch onderzochte myomen slechts 1 aangetroffen (tegen 14 een **sarcomateuse** ontaarding van het myoom).

Vaak kan de juiste diagnose pas gesteld worden na de hysterectomie. Van 101 carcinoma corporis uteri kon door NORRIS er slechts 57 klinisch als zoodanig herkend worden.

6. Aan graviditeit, abortus, mola hydatidosa dan wel chorionepithelioma behoeft met het oog op den leeftijd etc. slechts even gedacht te worden.

7. Aneurysma cirsoides uteri, zooals door

GRAVES en SMITH werd beschreven: een vrouw van 62 jaar, die sinds haar 48e jaar in de menopauze verkeerde. Drie weken voor de opname raakte ze plotseling veel bloed kwijt.

De uterus was vergroot, wat week licht bloedend. Bij de curettage was de bloeding zeer abundant, waardoor totale exstirpatie van de baarmoeder noodzakelijk werd. Het corpus uteri bleek van beneden tot den fundus te bevatten een labyrinthachtig bloedvatgezwel van arterieelen oorsprong, dat in verbinding stond met de variceus uitgezette plexus pampiniformis.

8. Maligne gezwellen van het ovarium, n.l. de granulosa-tumoren (SCHIFFMANN, SCHEYER), welke geacht worden de uterus op afstand hormonaal te kunnen beïnvloeden. Bij deze tumoren is de mucasa uteri min of meer praemenstrueel veranderd, waarin geen spoor van carcinoomontwikkeling is te bespeuren.

De uterus is in zijn geheel wat vergroot, althans niet seniel geïnvolveerd. Dit, aangetroffen op een leeftijd, waarin ze niet pleegt voor te komen, moet de verdenking wekken op het bestaan van een ovariaaltumor van boven genoemd type.

Ook andere vormen van maligne tumoren van het ovarium kunnen zonder dat de mucosa uteri veranderd behoeft te zijn, uterus-bloedingen geven.

HULPMIDDELEN VOOR DE DIAGNOSE: Verschillende hulpmiddelen kunnen zoo noodig ter verkrijging, resp. ondersteuning van de diagnose carcinoma corporis uteri worden aangewend:

Het aftasten van het cavum uteri met de sonde, bleek een grove methode te zijn, heeft dus slechts een relatieve waarde.

VOGT raadde het rectaal onderzoek ten sterkste aan.

In den modernen tijd zou het Röntgenogram (met contrastvulling van het cavum uteri b.v. met lepiodol) te baat genomen kunnen worden. Uitsparingen aan den rand van het cavumfiguur kunnen dan wijzen op het bestaan van een carcinomateuze woekering in het baarmoederslijmvlies.

Van Amerikaansche zijde (RUBIN en SEYMOUR) wordt de hysteroscopie aanbevolen. Na opzuiging van het slijm en bloed uit het cavum uteri wordt dit opgeblazen met koolzuur (druk 10—20 m.M. Hg), waarna de uteruswand met den hysteroscoop (van het zelfde principe als van den cytoscoop) wordt afgezocht.

Ook MIKULICS —RADECKY heeft een dergelijk instrument aanbevolen.

Behalve het bezwaar, dat deze hulpmiddelen in de gewone praktijk vaak niet toe te passen zijn, zijn ze ook niet altijd afdoend, d.w.z. veroorlooft geen zekere diagnose met betrekking tot het wezen van het gezwel, vooral niet in atypische en grensgevallen.

Immers een ulcereerend goedaardig adenoom b.v. kan zoowel Röntgenographisch, als hysteroscopisch precies hetzelfde beeld geven als een carcinoom.

Een belangrijk hulpmiddel bij de diagnosticeering van het corpus-carcinoom is de **proefcurettage,** op welker techniek hier niet wordt ingegaan. Slechts moge er op worden gewezen, dat men juist hierbij er op dient te letten, dat **alle slijmvlies** (de tuba-hoeken niet te vergeten) naar buiten worde gehaald. Er zijn immers gevallen beschreven, waarbij de proefcurettage negatief uitviel en toch wel carcinoom voorhanden moet zijn geweest. Het konden in die gevallen slechts kleine tumoren geweest zijn, welke bij de curettage niet naar buiten werden gebracht, of ze waren lang, polypachtig gesteeld, en bij iedere streek met de curette telkens afgeweken (ASCHHEIM).

Reeds macroscopisch — ook hiermee demonstreert ze haar belangrijkheid als hulpmiddel voor de diagnose van het corpus-carcinoom — kan men uit het resultaat der proefcurettage zekere conclusies ten aanzien van het corpus-carcinoom trekken. ZWEIFEL formuleerde dit als volgt: *„Wenn mit den Curette grosze Massen heraus befordert werden, ist Krebs wahrscheinlich, aber nicht sicher. Sind die Massen bröcklig, hart, so ist er um so wahrscheinlicher, aber noch immer nicht sicher."* Slechts het microscoop beslist!

Geïndiceerd is de proefcurettage bij iedere metro-

rrhaogie, vooral in of na de menopauze, hetzij ter (microscopische) vaststelling der klinisch gemaakte diagnose, hetzij (in aansluiting daarop) voor de toepassing der juiste juiste therapie.

Het ware m.i. dan ook als een grove kunstfout aan te merken, wanneer een metrorrhagie wordt behandeld zonder voorafgaande proefcurettage met in aansluiting daaraan microscopisch onderzoek van het te voorschijn gebrachte baarmoederslijmvlies.

In verband met het boven vermelde is het leerzaam te weten, dat onder 104 middels curettage te voorschijn gehaalde endometriumpolypen door NORRIS en VOGT als carcinoom konden worden herkend, welke anders ongediagnosticeerd gebleven zouden zijn. Onder 85 proefcurettages kon DRIESSEN zelfs in 15,8 % een maligne ontaarding van het uterusslijmvlies vaststellen.

Toch heeft ook de proefcurettage (ook als diagnostisch hulpmiddel) haar gebreken. Vooreerst kan zij, vooral in handen van onbevoegden, voor de vrouw een gevaar beteekenen, inzonderheid voor de lijderessen aan carcinoma corporis uteri bij wie als regel de inwendige genitaliën, met name de cervix uteri, reeds zeer rigide, dus zonder verscheuring, feitelijk haast niet meer op te rekken zijn; en bij wie een pyometra niet zelden wordt aangetroffen. Een secundaire infectie (bij een in casu verminderd weerstandsvermogen) kan bij haar noodlottige gevolgen hebben!

Andere mogelijkheden, welke bij de proefcurettage in het oog dient te worden gehouden, en, zooals in het „Leerboek der gynaecologie" van TREUB (v. d. HOEVEN) worden opgegeven, de vrouw in levensgevaar kunnen brengen, zijn:

a. de perforatie, met algemeene peritonitis als gevolg;
b. de septische infectie;
c. Exacerbatie van een bestaand ontstekingsproces;
d. Obliteratie van het cavum uteri.

Als 5e mogelijkheid voegt DRIESSEN er aan toe de bloeding, welke zoo abundant kan zijn, dat slechts

totale hysterectomie het leven kan redden (GRAVES en SMITH, BENTHIN).

SIMPSON heeft gewezen op de mogelijkheid van metastaseering of recidief door curettage, waarbij carcinoom-deeltjes in de tubae of langs lymphwegen worden verspreid. VOGT zag meerdere malen tijdens een operatie na abraisio bloed in het cavum Douglasi, dat er duidelijk via de tubae moest zijn gekomen. Met SIMPSON gelooft hij, dat deze wijze van verspreiding niet alleen mogelijk, maar zelfs zeer waarschijnlijk is.

Na het bovenstaande moet dus in deze gevallen voorzichtigheid in al haar consequenties steeds het parool zijn!

Een moeilijkheid van geheel anderen aard is, dat een negatieve proefcurettage ons niets zegt omtrent het al of niet bestaan van een corpus-carcinoom (zie boven).

Bovendien kan de tumor zóó klein zijn, dat hij teloor is gegaan bij de curettage. Slechts een stukje normaal slijmvlies kwam dan onder het microscoop. Gevallen zijn beschreven, waarbij herhaalde curettages slechts een goedaardige hyperplasie van het uterusslijmvlies doet zien, terwijl de vrouw later toch aan carcinoma corporis uteri is gesuccombeerd.

Bovendien geeft ze ons geen uitsluitsel omtrent den zetel van de nieuwvorming in utero.

Gezien echter de omstandigheid, dat zonder macroscopisch en microscopisch onderzoek vaak grove vergissingen worden begaan in de diagnostiek van het carcinoma corporis uteri met al de consequenties daarvan, mag men al de boven genoemde bezwaren tegen de proefcurretage in de practijk echter niet al te veel in rekening brengen.

Of de minerale samenstelling van het bloed, c.q. de veranderingen hierin, als steun voor de diagnose maligne tumor, in casu van de baarmoeder, zal mogen worden gesteld, is momenteel nog niet te zeggen (SCHEPETINSKY en KARITIN). Te dien opzichte behoeven de uitkomsten nog nadere bevestiging. Nog minder zullen wij hier de tumorreacties van DAVIS, ROFF en WIGAND in het geding

brengen, daar zij niet specifiek en tamelijk onbetrouwbaar zijn (JUNG, MAGNANI).

Uit het voorgaande moge blijken, dat de diagnose carcinoma corporis uteri niet volledig is zonder microscopisch onderzoek van de mucosa uteri. Slechts dit is n.l. in staat ons een zeker inzicht te geven in den juisten aard der nieuwvorming. Eerst dan is men er toe gerechtigd en verantwoord de juiste therapie tot in de uiterste consequenties door te voeren.

Doch juist in deze histopathologische interpretatie schuilen een massa voetangels en klemmen. In de laatste 20 jaren zijn dienaangaande genoeg publicaties verschenen, welke ons kunnen doen zien hoe talrijk de moeilijkheden vaak kunnen zijn om tot de diagnose carcinoma corporis uteri te komen. (KROEMER, BENTHIN, MAUNU af HEURLIN, R. MEYER).

Zelfs volkomen gezonde baarmoeders werden en worden ook nu nog naar aanleiding van gemaakte vergissingen in de diagnostiek opgeofferd. DRIESSEN verhaalt in zijn monographie, dat hij herhaaldelijk het microscopisch beeld van een elders geopereerd z.g. cystadenoma papilliferum mucosae uteri onder de oogen gekregen heeft, dat bij nadere bestudeering geheel normaal praemenstrueel slijmvlies bleek te zijn.

In een geval van een z.g. adenoma malignum destruens vertoonde het microscopisch praeparaat naar DRIESSEN's oordeel een typische praemenstrueele verandering in het hypertrophische uterusslijmvlies.

Een 30 jaar geleden werden de zoo typische papillaire excresenties der sterk gewoekerde praemenstrueele klieren bijna door een ieder als zeer verdacht beschouwd. Men hield ze toen voor een praecancereus verschijnsel (SIEGENBEEK van HEUKELOM, KAHN). LAHM, een autoriteit op dit gebied, oordeelt echter minder optimistisch over deze toestanden.

Moeilijk kan soms de beslissing zijn, waar het geldt uit te maken of men met een hypertrophia mucosae,

dan wel met een adeoma benignum, resp. malignum te maken heeft.

Dan bestaat er nog een z.g. basale hyperplasie van het uterusslijmvlies (LAHM), voorkomende bij vrouwen op rijperen leeftijd, en welke niet als pathologisch te beschouwen is. Naar den graad der veranderingen onderscheidt men daarvan:

1. Circumcripte, zuiver basale hyperplasie van het uterusslijmvlies, zonder (exophytische) tumorvorming.
2. Circumscripte, over de oppervlakte zich verheffende, polypeuse, tumorachtige woekeringen.
3 Diffuse, basale hyperplasie met ontwikkeling van een ongewoon machtig uterusslijmvlies, z.g. simili-graviditeit.
4 Ontwikkeling van groot-knobbelige, enkelvoudige of multipele corpusadenomen

Vroeger dacht DRIESSEN, dat de **glycogeen-reactie** een afdoend kenmerk zou zijn om normale hypertrophie (met glycogeen) van de ziekelijke te onderscheiden.

Door DE BONNEVILLE is echter aangetoond geworden, dat ook in het carcinoma corporis uteri glycogeen kan worden gevormd. SCHEYER vond het glycogeen slechts in het adenocancroid van het corpus uteri, niet in het plaveisel-epitheel-carcinoom, noch in het adenoma malignum.

Ook de meerlagigheid van het epitheel geldt thans niet meer als bewijs voor een beginnende kwaadaardigheid; de onregelmatige groei en vorm der klieren zijn belangrijker als kenteeken.

Necrose in den tumor, ondoelmatige conserveering en verkeerde snijrichting, naast de vaak zeer geringe omvang van den tumor kunnen de diagnose bovendien zeer bemoeilijken.

Ook de dieptegroei, zoo typisch voor een tumor met infiltratieve eigenschappen kan bij het carcinoma corporis uteri niet altijd als het criterium worden beschouwd. Immers aan den eenen kant kan ze voorkomen bij banale chronische ontstekingen als lues, t.b.c. en bij adenomycosis; aan den andere zijde kan ze soms geheel ontbreken bij exophytische tumoren,

in kliergangen zich ontwikkelende woekeringen. Daar komt nog bij, dat de tumorcellen er vaak zeer afwijkend uitzien, anders dan de cellen van den moederbodem (R. MARESCH).

Zelfs vreemde lichamen in het cavum uteri kunnen in bepaalde gevallen aanleiding geven tot carcinoomachtige veranderingen in het baarmoederslijmvlies (D. MOMIGLIANO).

Terloops moge hier nog even genoemd worden de z.g. rondcel-knopjes in het endometrium. Sinds de onderzoekingen van HITSCHMANN—ADLER worden deze vormsels (bij ontbreken der plasmacellen) niet meer als ontstekingsproduct beschouwd. COTTE en MARTIN zagen 7 van deze gevallen verloopen met metrorrhagie en hyperplasie van het uterusslijmvlies, zonder teekenen van ontsteking. Ze ontwikkelen zich cyclisch, tegelijk met de menstruatiecyclus, staan waarschijnlijk dus ook onder invloed van overiaalhormonen.

De tot nu toe aangestipte moeilijkheden doen zich dus te meer gelden, naarmate het proces jonger is.

R. MEYER en KAUFMANN zijn daarom van meening, dat *„ganz junge Frühstadien des Karzinoms histologisch sicher zu erkennen, wird wohl ein Ideal bleiben."*

M. a. w. vaak genoeg zal men zich genoopt zien achter zijn diagnose een vraagteeken te plaatsen. Dit geldt niet alleen voor den algemeenen arts, maar vaak zelfs voor ervaren patholoog-anatomen. KERMAUNER zegt met betrekking hierop: *„Der beste Untersucher ist für solche Entscheidung gerade gut genug."*

V. PATHOLOGISCH-ANATOMIE.

In verband met het voorgaande zij het mij vergund, in het kort, de patholoog-anatomische en histo-pathologische bijzonderheden van het carcinoma corporis uteri op deze plaats even op den voorgrond te schuiven.

Naar de uitbreiding onderscheidt men in het corpus uteri de diffuse, het meest voorkomende, en de circumscripte of polypeuse carcinomen. Bij de eerste is de consistentie meestal zacht; zij zijn paddestoel- of bloemkoolvormig van vorm, met hier en daar bloedinkjes, knobbelig of de geheele binnenvlakte van den uterus innemend, waarbij de cervix vrij langen tijd gespaard blijft. Ze hebben een uitgesproken neiging tot ulceratie.

Meestal blijven ze aan de oppervlakte van het slijmvlies, doch op den duur woekeren ze toch ook in het myometrium.

Met het ontstaan en groei van den tumor vergroot zich ook de uterus, waarbij de wand onder den invloed, welke van den tumor schijnt uit te gaan, hyperthophisch wordt, m. a. w. de vergrooting is geen zuiver mechanische.

Deze volume-toename, gevolgd bij de vaak verminderde consistentie van de baarmoederwand, kan zelfs den indruk maken van een zwangeren uterus.

De circumscripte of polypeuze vormen zitten meestal in den fundus uteri; als regel zijn ze knopvormig, soms gesteeld, echte polypen dus, of zitten met een breede basis aan de mucosa uteri vast. De oppervlakte is in de meeste gevallen glad of zijn voorzien van baarstjes of granulaties.

In het algemeen is het carcinoma corporis uteri solitair. Een hoogst enkelen keer kan het ook (tegelijk) multipel ontstaan. Door verschillende schijvers wordt dit beschouwd als metastases, hetzij spontane of entmetastases (uit de cervix, bij curettage. LAHM).

Men kent echter ook z.g. dubbel-carcinomen in het cavum uteri, waaronder wordt verstaan het „geschei-

den samengaan" van 2 of meer carcinomen met een verschillend histologischen bouw, b.v. een adenocarcinoom en een cancroid.

Karakterstiek voor het corpus-carcinoom is dus:

a. het diffuse ontstaan,
b. de concentrische, oppervlakkige uitbreiding,
c. de vaak zeer late overgang op de omgeving (zoowel de naaste, als die op afstand),
d. de hooge differentiatie van zijn celelementen.

Naar den **aard** van het gezwel onderscheidt men in het cavum uteri:

1. Het **zuivere** adenocarcinoom, het typische carcinoom van het baarmoederlichaam, met anaplasie der cellen.
3. Het **adenocacroid.**
4. Het **plaatepitheel-carcinoom** van het dekepitheel, na metaplasie er van.

Als zeldzame vormen mogen worden genoemd het **adeno-acanthoom,** het **adeno-myocarcinomatose,** welke buitengewoon maligne schijnen te zijn, en het **embryonaal-carcinoom** (W. LINDSAY).

ad 1. Dit is meestal gelocaliseerd, d.w.z. begrensd; ze kan ook diffuus ontstaan. Praedilectie-plaatsen: een poliep, de tubahoek(en).

ad 2. Met een breede basis, concentrisch uitgroeiend, dringt het naar binnen tot in de spieren. De grens tusschen spier en slijmvlies wordt daarbij bijna onopgemerkt, steeds meer en meer serosawaarts verschoven, totdat ten slotte nog slechts een paar spierlammellen het carcinooom van het peritoneum scheiden.

Daarbij houdt het bij de grens naar de cervix toe niet zelden haarscherp op, zoodat men vaak een zeer scherpe overgang van het vervallen uterusslijmvlies naar de gladde cervix-wand kan waarnemen.

Bij verdere ontwikkeling van den tumor worden al deze grenzen tenslotte niet meer gerespecteerd, met aantasting

van het peritoneum, respect. uitbreiding van het proces in de cervix uteri.

ad 3. Hierbij is typisch de vorming van stekel- (hetgeen de Duitschers **Riffzellen** noemen) en hoorncellen (parels).

Karakteristiek daarbij is ook de late uitbreiding in de omgeving en soms heelemaal uitblijvende metastaseering in de regionaire lymphekliеren, waarvoor eigenlijk nog geen afdoende verklaring te geven is. Misschien hangt het samen met de dikte van den uteruswand, die het moet passeeren. Wellicht is het een bijzondere soort tumor met deze speciale eigenschap.

Men brengt dit soort carcinomen ook wel in verband met de hystogenese van het uterusslijmvlies. Dit ontwikkelt zich immers uit de MULLER'sche buizen (differentiatieproduct van den WOLFF-schen gang (oerniergang).

Phylogenetisch, en misschien ook ontogenetisch bestaat er volgens LAHM een innige samenhang tusschen deze en het ectoderm. Vandaar dat in corpus-carcinomen ook parelvorming kan plaats hebben.

ad 4. Het is een vorm, die als een **continu carcinomateus membraan** het geheele cavum uteri, de cervix en zelfs een deel van de vagina overgroeien kan. Men noemt het ook wel psoriasis uteri (PFANNENSTIEL) of „Zuskergusz-krebs".

Meestal wordt het aangetroffen bij oude vrouwen met vergroote, kogelvormige uteri, welker holte door gestuwd secreet, verwijd is en waarvan de wand eigenaardig glazigtaai en stijf is.

Op een bepaalde plaats kan het dan doorbreken in het myometrium.

Macroscopisch kan het worden verwisseld met een gewone pyogene membraan (bij pyometra).

Naar de indeeling van SCHOTTLAENDER en KERMAUNER onderscheidt men de corpus-carcinomen in:

I. **primaire solide,** secundair klierachtige carcinomen;

Iedere groep heeft weer 3 „rijpingstadia" (KEITLER, VON FRANQUE), t.w.

ad I. Van plaatepitheel afkomstige carcinomen.

a. rijpe plaatepitheelcarcinomen. Deze zijn duidelijk meerlagig, met cylindrische of (en) spoelvormige basaalcellen en scherp begrensde, platte cellen. Ze kunnen z.g. Riff-cellen bevatten aan de oppervlakte of in het centrum van den tumor (als carcinoomstrengen), al of niet met vorming van carcinoom-parels en verhoorning.

b. half rijpe plaatepitheelcarcinomen. Deze dragen slechts enkele van de sub a. genoemde kenteekenen, meestal op een zeer ongeordende en atypische wijze.

c. Onrijpe plaatepitheelcarcinomen. Geen van de bovengenoemde kenmerken zijn bij deze tumoren te zien; ze bestaan uit zeer onspecifieke kleine of (en) groote gelijkmatige, dan wel polymorphe carcinoomcellen, waarvan de herkomst (uit de praeparaten) niet meer onmiddelijk afleesbaar, doch slechts per exclusionem uit te maken is.

ad II. Van cylinder-epitheelcellen afstammende carcinomen:

a. Rijpe cylindercel-carcinomen. Deze bestaan uit klierachtige vormsels, met weinig of geen veranderde cylindercellen, welke in enkelvoudige lagen gerangschikt zijn.

(Maligne adenoom; carcinoma cylindro-cellulare adenomatosum).

b. half rijpe cylindecel-carcinomen, waarbij de herkomst van het kliervormende cyilinderepitheel (n.l. door lumenvorming) nog te herkennen is, waar aard en rangschikking der cellen en de kliervorming echter zeer afwijken van het normale (meerlagigheid, atypie en metaplasie der cellen in verschillenden graad), het **adenocarcinoom.** Bevat dit verhoornende epitheeleilanden, dan spreekt men van **adenocancroid.**

c. Onrijpe cylindercel-carcinomen, welke nog slechts solide formaties vertoonen, en waarvan de herkomst hoogstens per exclusionem vast te stellen is.

Als **groep III** kan men nog samenvatten de **ongedifferentieerde,** volkomen onrijpe carcinomen met een zeer onbepaalde herkomst en onkarakteristieke vorm der cellen en haar onderling verband.

Hiertoe worden gerekend het **carcinoma medullare (van** HANSEMANN, CHIARI), het **carcinoma alveolare simplex** en het **carcinoma solidum autorum** (ORTH).

Hierna moge de opmerking volgen, dat een scherpe grens tusschen genoemde stadia niet bestaat en de verschillende groepen in elkaar kunnen overgaan, m.n. groep I en II in groep III.

Van al de genoemde vormen komt in het corpus uteri het cylinderepitheel-carcinoom het meest voor, in 95% der gevallen.

MICROSCOPISCH: Karakteristiek zijn hierbij de veranderingen in vorm en functie der cellen en hun destrueerende groei. In het beginstadium zijn deze eigenschappen niet altijd goed te herkennen. Ook zijn ze niet altijd tegelijk aanwezig.

Carcinoom van het oppervlakkige epitheel doet zich voor als half rijpe tot onrijpe plaatepitheel-carcinomen, met Riffcellen en rijke mitose (zie boven). De randen zijn ondermijnd en gedestrueerd, er is een ingroeien in de klierfundi. Meestal wordt de grens tusschen slijmvlies en musculatuur niet overschreden (carcinoma mucosae uteri sensu strictissimo). In latere stadia wordt ook deze grens doorbroken, en heeft er een infiltratie van den spierwand plaats.

Gaat het uit van de klieren van de mucosa uteri (klierepitheel-carcinomen), dan kan de herkenning moeilijkheden opleveren.

Immers groeiende, woekerende klieren van de mucosa uteri zijn physiologisch. In sommige gevallen kan dit echter zoolevendig zijn, dat het kan lijken op een pathologische nieuwvorming in het baarmoederslijmvlies. Slechts per exclusionem kan men dan vaak tot de juiste diagnose komen (GERHARDT).

De klierepitheelcarcinomen doen zich voor als:

1. het **adenoma malignum** (zie boven). Histologisch vindt men talrijke klieren, die zeer gedrongen naast elkaar staan. De cellen zyn hoogcylindrisch, meerlagig gerangschikt, chromatine-rijk en vrij van secreet. De kern is staafvormig, langgerekt, zeer donker gekleurd.
2. het **adeno-carcinoom** (zie boven). Het is een uitgesproken diffuus gezwel met een scherpe begrenzing tegen het normale slijmvlies. Deze is echter vaak moeilijk te vinden, omdat het slijmvlies in toto is aangedaan. Het histologische beeld is zeer wisselend. In lengtedoorsnede ziet men lange, bijna rechte, gesterkte klieren; op dwarse doornsnede papillaire woekeringen der cellen in het klierlumen. Ook ziet men gevensterde nesten of bijna homogeen uitziende plekjes, die uit vele kleine, ronde tot nauwelijks herkenbare klierformaties gerangschikte cellen bestaan.

De klierfundi zijn half kogelvormig of spits afgesloten, soms verwijd. Een eigenlijk secreet ontbreekt. In het lumen der klieren vindt men soms een dradentrekkend stolsel (geronnen serum), ook gedesquameerde cellen, erythrocyten en leucocyten.

Meestal treft men bij dit soort aan een zware destructie van het weefsel. Het schrijdt steeds verder voort, alles vernietigend wat het in den weg staat. Doch de mucosaspiergrens wordt meestal niet doorbroken of eerst heel laat.

3. het **adennocancroid** (zie boven). Volgens LAHM is dit geen zelfstandige carcinoomvorm.
4. het **gelei-achtige carcinoom,** gekarakteriseerd door het met mucicarmijn kleurbare slijm (groep III, zie boven).

Na dit overzicht kan het zijn nut hebben er op te wijzen, dat ervaring in deze een belangrijke rol speelt bij het juist herkennen en interpreteeren van het microscopische beeld, afkomstig van de mucosa uteri.

Bij twijfel late men ook k l i n i s c h e symptomen tot hare volle recht komen, c.q. beslissen.

Behalve de gewone hyperplasie van het baarmoederslijmvlies moge, ter differentieel-diagnostiseering nog genoemd

worden de z.g. **„Plattenepithel-knötchen"** in hyperplastische klieren van de mucosa uteri (O. HINTZE).

Het zijn circumscripte, meerlagig gebouwde epitheelstrengen en nesten in diffuus hyperplastisch slijmvlies. Soms doen ze zich voor als polypen. Ze zijn betrekkelijk zeer zeldzaam, en missen zoowel histologisch, als klinisch, alle kenmerken der maligniteit. Zelfs na een langdurige observatie zag men ze niet in carcinoom overgaan.

VI. PROGNOSE.

Deze wordt beheerscht door:

a. den algemeenen toestand van de vrouw [leeftijd, constitutie (diabetes, arteriosclerose, morb. Basedow etc.)]. Soms verloopt het corpus-carcinoom geheel symptoomloos, totdat er metastasen voor den dag treden.

Aan zich zelf overgelaten is de prognose **infaust,** loopt het meestal in 5—7 jaar af. (het collum-carcinoom in 1½ à 2 jaar, soms in 4 maanden).

Volgens KRAUL duurt een onbehandeld corpus-carcinoom 750 dagen, een onbehandeld collum-carcinoom 415 dagen.

b. Het vroegtijdig stellen der diagnose. Waar van het carcinoma corporis uteri juist bekend is, dat het heel lang in het cavum uteri beperkt kan blijven eerst laat de omgeving infiltreert, resp. metastasen vormt, is bij een vroege diagnose de mogelijkheid van radicale genezing door wegneming van den tumor (eventueel te zamen met den uterus, veel grooter.

c. de aard van den tumor.

Een psoriasis uteri zal prognostisch veel ongunstiger zijn dan een solitaire adenocancroid, door haar tendens tot snellere groei en metastases, tot ulceraties en de gevolgen daarvan.

Het adenoma malignum zou een geringer maligniteit bezitten dan het adenocarcinoom (LINDSAY, DRIESSEN).

d. de mate van uitzaaiing (uitgebreidheid der metastases). Deze kunnen worden gevonden in de cervix (per continuïtatem of langs lymphebanen), in het ovarium, zeer zelden in de tuba (WEIBEL).

Bij wijze van uitzondering groeit de tumor bijzonder snel, vult spoedig het bekken op en veroorzaakt er vergroeiingen (na doorbraak door den uteruswand en aantasting van het peritoneum).

Soms worden de zaailingen aangetroffen in het kniege-

wricht (SCHOTTLAENDER, KUESTNER), in het been, de dura, de lever en de nieren. Wanneer de tumor langen tijd blijft bestaan, geeft hij ook metastasen in de regionaire lymphekliéren, in casu de glandulae lumbales, en ook in de glanduae iliacae en inguïnales.

Deze regionaire kliermetastasen kunnen soms ook zeer vroeg optreden (KOUWER). Bij een z.g. „mooi operabel" geval kan men deze vaak reeds aantreffen in 10 á 20 % der gevallen (v. d. HOEVEN). WEIBEL vond ze in 16 %, d.w.z. 5-maal op de 41 gevallen. De lymphebanen zelf waren daarbij vrij van zaailingen. WILLIAMS nam het waar in 25 %, A. MAYER in 14 % zijner gevallen.

Ook kunnen ze eerst optreden jaren nadat b.v. door een eenvoudige curettage een volkomen genezing, in casu slechts een vrijheid van klachten, werd bereikt (STRATZ). GUGGISBERG deelde een geval mede, waarbij het op deze wijze eerst te voorschijn trad na 2 jaren, VASSMER na 3 jaar, HESS na 4, BLAU na 12, en FLAISCHLER zelfs eerst na 15 jaar.

De verklaring hiervan is, dat de uitzaaiing reeds vroeg in elk geval vóór de curettage, heeft plaats gehad, en in dien tijd latent is gebleven. Dat dit inderdaad mogelijk is leert ons o.a. de waarneming van BUTTNER. Bij een 64-jarige vrouw werd in 1916 een proefcurettage verricht, waarbij een a d e n o m a m a l i g n u m werd gevonden. In 1929 moest bij haar de totale hysterectomie worden verricht. In den uterus bleek toen te bestaan een (microscopisch gecontroleerde) tumor, deels uit adenoma malignum, deels uit adenocarcinoom gebouwd.

Na de abrasio (in 1916) was patiente wel meer dan **10 jaren volstrekt vrij van klachten** geweest.

Gesteund door het histologische beeld (van 1916, resp. van 1929) is hierbij de mogelijkheid zeer waarschijnlijk geacht, dat de tumor van 1916 in een klinisch latente periode verkeerde, doch anatomisch verder woekerde.

Vat men nu het boven uiteengezette samen, dan is in het algemeen de prognose voor lijderessen aan carcinoma cor-

poris uteri, gezien de als regel zeer langzame groei van den tumor, het lang in hetzelfde orgaan beperkt blijven, het weinig neiging vertoonen tot destructieve groei, de late metastases, gunstig te stellen, vooral wanneer de juiste therapie op het juiste moment (d.w.z. in de praktijk zoo vroeg mogelijk) wordt toegepast. Onder dezelfde omstandigheden is ze zeker gunstiger te stellen dan bij het collum-carcinoom.

VII. BEHANDELING.

Het laatste woord, dat betrekking heeft op de behandeling van het carcinoma corporis uteri is thans nog niet uitgesproken. Het schijnt mij ook onwaarschijnlijk toe of dit ooit zal kunnen worden bereikt. Het zal naar mijn bescheiden meening zeer moeilijk zijn met betrekking daarop een algemeene regel op te stellen, welke ten allen tijde en voor alle gevallen, zal kunnen gelden.

Ieder geval zal appart (individueel) beoordeeld dienen te worden. Speciaal zal ze rekening dienen te houden met den graad van operabiliteit van het gezwel, hetgeen een zeer labiel component is in de indicatie-stelling, wijl zeer onderhevig aan persoonlijke appreciaties.

Vóór 30 jaar b.v. was het haast regel, dat op ieder corpus-carcinoom gereageerd werd (door den medicus) met een totale uterus-exstirpatie. Voor vele, om niet te zeggen de meeste gynaecologen geldt 't hetzelfde, zij het niet meer zoo streng als vroeger (althans wat de operatieve methode in het algemeen betreft), ook thans nog: Bij het corpus-carcinoom is in het algemeen operatie het „Verfahren der Wahl" (KERMAUNER).

Na een 20-jarige ervaring was de raad, die FAURE in deze gaf: „zoo de uterus nog bewekelijk is, opereeren".

BONNEY toonde zich eveneens als een sterke voorstanders te zijn van de radicale WERTHEIM'sche operatie.

Van de stralentherapie verwacht hij bij corpus-carcinomen geen heil.

Ook GOMMBOROW, die over een 13-jarige ervaring beschikte in zake stralenbehandeling bij corpus-carcinomen, adviseerde: „Indien mogelijk bij corpus-carcinomen niet bestralen, maar steeds opereeren".

In initiale stadia stelde KOVACS in elk geval de (radicale) exstirpatie van den uterus voor. Bij jonge vrouwen liet hij echter 1 ovarium zitten.

In den modernen tijd (sinds 1918), waarin de radiolgoie, en hiermee ook den Röntgenstralentherapie, zulk een hoogen

vlucht heeft genomen, zijn stemmen opgegaan tegen de al te radicaal chirurgische therapie. Thans kan er zelfs reeds van een zekere „strooming" worden gesproken, welke zich zelfs richt, ook in operabele gevallen, bij het corpus-carcinoom de (Röntgen-)stralentherapie voor te staan en van de operatieve behandeling geheel af te zien (DOEDERLEIN, WEINBRENNER, MENGE).

Volgens de voorstanders der stralentherapie heeft de chirurgische methode te groote gevaren voor de patienten, terwijl bij selectie der gevallen de resultaten der (Röntgen-) stralenbehandeling niet minder zijn.

Ook tegen dit uiterste wordt natuurlijk al dadelijk opposition gevoerd (MARTIUS, EYMER, STACY, PHILIPS en GORNICK).

Daardoor ontstond naast de voorstanders van uitsluitend operatieve, resp. Röntgenstralentherapie een groep van aanhangers der gecombineerde behandelingsmethoden, de bewandelaars van den gulden middenweg, zou ik haast zeggen. Waar met het mes een radicale genezing kan worden bereikt, passen zij de operatieve methode toe. Is dit om verschillende redenen niet mogelijk, dan wordt de stralentherapie te hulp genomen. In bepaalde gevallen worden, zoo noodig, beide behandelingsmethoden gecombineerd toegepast, en wel vóór of ná elkaar.

Deze 3e groep telt thans wel de meeste aanhangers, waaronder de Amsterdamsche Universiteits—Vrouwenkliniek.

Een 4e methode, die noch van het mes, noch van radioactieve stoffen gebruik maakt, is de z.g. chemische uterus-exstirpatie.

Ook deze methode kan eventueel worden gecombineerd met een der bovengenoemde methoden, meestal de radioactieve, een enkelen keer ook de chirurgische [vóórcurettage, totale (abdominale) uterus-exstirpatie].

Achtereenvolgens moge de boven aangegeven methoden, in het kort, aan een bespreking worden onderworpen:

A. De operatieve behandeling.

De beschrijving der techniek van de verschillende methoden

naar de desbetreffende hand- en leerboeken verwijzende, zal hier in hoofdzaak worden ingegaan op de resultaten in verband met corpus-carcinoom-therapie. Primair zullen deze afhangen van de:

1. **Operabiliteit** van den tumor als zoodanig (bij corpus-carcinoom varieerende tusschen 55 en 100 %).
2. **Algemeene constitutie** van de patiente (ouderdom, arteriosclerose, diabetes, hart-, long-, nier- complicaties etc.)
3. **Vaardigheid** van den operateur.

Al deze factoren in aanmerking nemende, bedraagt in het algemeen de mortaliteit der chirurgische behandelingsmethode gemiddeld 9 % (laagste 0, hoogste 18 %).

Vroeger meer dan tegenwoordig werd bij het corpus-carcinoom toegepast:

a. de vaginale totale uterus-exstirpatie.

Zij zou vooral geschikt zijn in gevallen zonder bijzondere vergrooting of fixatie van de baarmoeder (resp. adnexa), zonder infiltratie der parametria, zonder pyometra etc., in één woord zij is slechts geschikt voor de bijzonder gunstige gevallen, m.a.w. waar de operabiliteit 100 % is of daaromtrent. Toch bedraagt de primaire mortaliteit van deze methode nog 2,6 % (FRANZ), resp. 18,18 % (ALBANO). Bovendien heeft ze verschillende nadeelen. DRIESSEN gaf er in zijn monographie een opsomming van, t.w.:

1e. de techniek is vooral bij nulliparae, door de nauwe vagina zeker niet eenvoudig, en uitbreiding van het operatieterrein door diepe zijdelingsche insnijding volgens SCHUCHARDT maakt noodeloos groote wonden, en kans op ent-recidief.

2e. Het operatieveld is niet te overzien, vergroeiingen met de darmen kunnen niet á vue losgemaakt worden. Bloedingen zijn vaak lastig te stelpen.

3e. Alleen bij een kleine uterus is het mogelijk de baarmoeder ongeopend te verwijderen, meestal moet de baarmoederwand gekliefd worden, zoodat het kankerweefsel wordt ingesneden en de kans op metastase of recidief daardoor vergroot wordt, (Na 22 vaginale operaties zonder pri-

maire mortaliteit zag WEIBEL niet minder dan 9-maal recidief).

4e. De nabehandeling is, vooral bij het gebruik van klemmen die 2 × 24 uur blijven liggen, uitermate onaangenaam voor de zieke, ze is dan zeer pijnlijk; ook de kans op nabloeding na het verwijderen der klemmen mag niet uit 't oog verloren worden, ofschoon hem zulk een ongeval nooit is overkomen.

5e. Jarenlang na de vaginale uterus-exstirpatie kunnen litteekenstrengen nog aanleiding geven tot darmafsnoering en ileus.

Op grond van deze bezwaren en doordat de voordeelen van de abdominale operatie-methode zooveel grooter zijn (zie beneden), is de vaginale totale uterus-exstirpatie thans slechts gereserveerd voor bijzondere gevallen, b.v. waar lapartomie gecontraïndiceerd is, en toch de uterus verwijderd moet worden. Door enkele gynaecologen wordt ze om genoemde redenen niet meer toegepast.

b. De abdominale totale exstipatie van den uterus.

Ze is geïndiceerd bij bestaande complicaties met myomen, ovariaal tumoren, bij verdenking op bestaande metastasen, practisch dus zoo goed als altijd, omdat men deze nooit met zekerheid kan uitsluiten.

Voordeelen van deze methode zijn, dat door de laparotomie alle inwendige geslachtsorganen met hun naburige en verwijderde omgeving aan een nauwkeurig onderzoek, ook à vue, kunnen worden onderworpen, en naar de bevindingen zijn handelwijze kan regelen.

Men zou eventueel ook kunnen doen:

c. de abdominale totaal-exstirpatie volgens WERTHEIM.

Dit is de radicaalste methode, waarbij dus behalve de baarmoeder ook mede worden verwijderd de parametria en de adnexa, eventueel met de daarbij behoorende regionaire lymphekliеren.

Zij komt, strikt genomen (theoretisch), in aanmerking in alle gevallen, waar de operabiliteit (ver) beneden de 100 % is. In de practijk, gezien de merkwaardige eigenschap van

het carcinoma corporis uteri om zoolang in den uterus beperkt te blijven, is zij echter als regel heel zelden of nooit geïndiceerd. DRIESSEN heeft ze in zijn uitgebreide, 25-jarige practijk slechts 2-maal moeten doen. Beide gevallen verkeerden in een zeer vergevorderd stadium.

Meestal kan men met de eenvoudige abdominale uterusexstirpatie ruimschoots volstaan. 13 van de 17 gevallen, op deze wijze door DRIESSEN geopereerd, bleven meer dan 5 jaar recidiefvrij (76.5 %).

Ook BONNEY verrichte de WERTHEIM'sche operatie bij het corpus-carcinoom slechts bij uitzondering. Zijn ervaring was ook, dat de eenvoudige abdominale totale hysterectomie bij het corpus-carcinoom uitstekend voldeed. 50 % zijner gevallen waren na 5-jaar nog vrij van recidief.

Bij deze operatie dient in acht te worden genomen, dat geen carcinoom-weefsel in de peritoneale holte kan worden ingebracht (geen verwonding van het baarmoederlichaam; vóór de opening van de vagina deze met een WERTHEIMsche tang af te klemmen etc.). Anders ontstaan er recidieven, c.q. uitzaaiing.

Afgezien van de omstandigheid, dat de operatie volgens WERTHEIM in de meeste gevallen van carcinoma corporis uteri practisch bijna nooit geïndiceerd is (zie boven), beteekent zij voor de vrouw, bij wie bovendien de omstandigheden meestal niet zoo gunstig (meer) zijn (ouderdom etc.), toch een te groote ingreep.

De primaire mortaliteit der WERTHEIM'sche operatie is in deze gevallen dan ook vrij hoog, n.l. 25—30 % (DRIESSEN). Bovendien is ook de techniek niet bepaald gemakkelijk, vooral niet in ver gevorderde gevallen — en juist hierin vindt ze meestal toepassing — te noemen. Bijzondere aandacht verdient daarbij het vrij praepareeren van de ureteren.

Met het bovenstaande is niet gezegd, dat de eenvoudige abdominale hysterectomie geheel van moeilijkheden en gevaren voor de vrouw ontbloot is. Ook hierbij speelt de algemeene constitutie een groote rol. Haar primaire mortaliteit bedraagt toch nog 4.2 % (DRIESSEN).

SELIGA vond eerst een hooge primaire mortaliteit bij deze operatie, n.l. 12,35 %, doch door selectie der gevallen kon hij ze terugbrengen tot op 6,52 %.

Bij de genoemde methoden mag de baarmoederhals niet achter gelaten worden, m.a.w. bij het corpus-carcinoom **geen supra-vaginale amputatie.**

FAURA raadde deze slechts in technisch zeer moeilijke gevallen aan.

Men bedenke echter, dat achter de supra-vaginale uterus-exstirpatie nog een ander gevaar kan schuilen, hetgeen door het volgende moge worden geïllustreerd. Tot en met 1926 werden in de Mayo-cliniek (MASSON) verricht 217 supra-vaginale amputaties met een primaire mortaliteit van 1.8 % (tegen 1.3 % voor de eenvoudige totale abdominale hysterectomie, n.l. 3 dooden op de 229 operaties). 54 van de 213 in leven gebleven patienten hadden later weer last van een lichte afscheiding uit de vagina, veel lenden- en bekken-pijnen etc., welke soms zoo heftig waren, dat een náver-wijdering van de cervix-stomp noodzakelijk werd.

In de laatste 5 jaar werden er in 29 gevallen **carcinoom van de cervix-stomp** geconstateerd, en wel in 72,4 % der gevallen binnen het jaar, in 24,1 % binnen de 3 jaren en in 1 geval zelfs nog na 15 jaar.

Wat de **resultaten der operatieve methode** (vaginale en abdominale) betreft, vond ik bij KERMAUNER aangegeven:

Genezing na een 5-jarige observatie:

Volgens:	Aantal gevallen:	Blijvende genezing in %:
WINTER	30	53,3
FRAENKEL	30	60
KRUKENBERG	30	66,7
ZURHELE (1905)	33	60
HOFMEIJER	35	63

WEIBEL	43	60
PEHAM	37	45,9
A. MEYER	102	56
K. FRANZ	—	41,9—44,8
SIEGEL	49	68
ALBANO	82	58
ZWEIFEL	28	89
DRIESSEN [1])	39	66,6

Verder vond ik bij MARTIUS genezing na 5 jaar in 62,9 % (161 van de 156 gevallen), bij STEWART en YOUNG daarentegen na dezelfden tijd slechts 11 van de 38 gevallen, d.i. 28.9 %.

B. Stralenbehandeling van het carcinoma corporis uteri.

Een behandelingsmethode, welke meer en meer de aandacht tot zich trekt, is wel de (Röntgen-)stralentherapie. Het eerst door MENGE (1918) oegepast bij het carcinoma corporis uteri, en door WEINBRENNER voortgezet, vond ze thans een warme pleitbezorger in DOEDERLEIN. In den beginne zelf voorstander der operatieve therapie, is hij na rijpe ervaring, ook in de stralentherapie, tegenwoordig een overtuigd aanhanger van deze behandelingswijze.

Bij een goede selectie der gevallen behoeft deze, volgens hem, wat gunstige resultaten aangaat, niet onder te doen bij de operatieve methode.

Dit wordt goed geïllustreerd door de statistische onderzoekingen van ARCHANGNELSKY, loopende over 9159 operatief behandelde en 6188 bestraalde gevallen. De genezingen werden gecontroleerd gedurende 5-jaar.

Voor alle gevallen te zamen bereikte hij met de:

a. operatieve methode een genezing van 23 %;
b. stralentherapie van 15 %.

Bij de cervix-carcinomen kan hij boeken met de:

a. operatieve methode 23 % genezingen
b. stralentherapie 17 % „

en bij het corpus-carcinoom:

[1]) In zijn monographie: 30 gevallen = 63,3 %.

a. met de operatieve methode **43 % genezingen**, en
b. met de stralentherapie **32 %**.

Uit deze statistiek zou men geneigd zijn te concludeeren, dat de stralentherapie bij het corpus-carcinoom beslist in het nadeel is ten opzichte van de operatieve.

Rangschikt hij zijn gevallen daarentegen naar den **graad der operabiliteit,** waarbij hij respect. onderscheidde: operabele, grens-, inoperabele en verloren gevallen, dan kreeg hij:

I. bij **alle operabele gevallen** te zamen met de:
a. operatieve methode 38 % genezingen
b. stralentherapie 41 % „

In dit stadium zijn operatiemethode en bestraling dus als vrijwel gelijkwaardig te achten.

II. bij **alle grensgevallen te zamen** met de:
a. operatieve methode 5 % genezingen,
b. bestraling 24 % „

B. Bij de cervix-carcinomen (alleen) met de:
a. operatieve methode 5 % genezingen,
b. bestraling 26 % „

In dit stadium geve men dus de voorkeur niet aan de operatieve, maar wel aan de stralentherapie.

III. bij de **inoperabele** en **verlorene** gevallen wint de stralentherapie het verreweg van de operatieve, en wel voor het algemeen, het cervix-, respect, het corpus-carcinoom, achtereenvolgens met 9,10 % en 6 % genezingen meer.

De door DRIESSEN gemaakte berekening ten aanzien van de in de literatuur gevonden getallen wees uit, dat in operabele gevallen van carcinoma corporis uteri met de stralen-therapie 51,3 % genezingen bereikt werden. De uitkomsten in de MAYO-cliniek waren veel slechter, n.l. na 3 jaren observatie 31 % en 5-jaar slechts 18 % genezingen (STACY).

In operabele gevallen, veroorzaakt door verwikkelingen als vergroeiingen, uitbreiding op het peritoneum, kliermetastasen, had DRIESSEN met de stralentherapie nog niet veel succes. HEYMAN (Stockholm) kreeg er betere uitkomsten mee, n.l. na een 5-jarige observatie 44,4 % genezingen. Doch

men zij hierbij voorzichtig met zijn conclusies, omdat HEYMAN's statistiek slechts liep over een klein aantal, n.l. 9.

Bij patienten, bij wie de operatieve behandeling wegens een algemeen lijden (hart-, long-, nierlijden, diabetes, adipositas), gecontraindiceerd is, moeten de uitkomsten, bereikt met de stralentherapie uitstekend zijn. Na een 5-jarige waarneming kon HEYMAN bij zijn patienten nog 75 % genezingen vaststellen. Doch ook hier weer het bezwaar van de kleine cijfers: ze laten geen verstrekkende gevolgtrekkingen toe.

In DOEDERLEIN's operatie-materiaal bedroeg de operabiliteit 82,3 %, terwijl die bij zijn stralentherapie-patienten slechts 51 %, 24 operabele tegen 23 inoperabele gevallen. Desondanks kon hij na een 5-jarige observatie bij deze toch nog 36 % genezingen boeken, een getal dat hij nog te laag achtte, in aanmerking genomen het zeer rekbare begrip „algemeene operabiliteit".

Factoren, welke de stralentherapie-statistiek ongunstig kunnen beinvloeden, zijn volgens DOEDERLEIN o.a.:

1. het vroegtijdig onderbreken der behandeling;
2. de aard van het carcinoom. Het is een bekend feit, dat de adeno-carcinomen zich t.o.v. de straleninwerking min of meer refractair, c.q. niet-radiosensibel, toonen.

Zoo werden gedurende 1919—1927 in het Parijsche radium-instituut (LACASSAGNE) 800 gevallen, van corpus-carcinoom, waarvan 30 goed gedeferentieerd, behandeld met stralentherapie, gedeeltelijk alleen met radium, gedeeltelijk met Röntgenbestraling en een ander gedeelte kreeg een gecombineerde Radium- en Röntgen-therapie. Hoewel in de 13 gevallen (43,3 %) de operabiliteit 100 % was, werd slechts in 16 % (5 op de 30) klinische genezingen verkregen. Histologisch bleek het alle adeno-carcinomen te zijn geweest.

GAL kon bij het adeno-carcinoom echter juist het tegengestelde constateeren; hij zag het adeno-carcinoom wel degelijk wegslinken onder het radium, indien hij het maar goed in het cavum uteri plaatste.

Een andere voorname factor voor mislukkingen der

stralen-therapie is volgens DOEDERLEIN de onderdooseering.

Bij latere (1913—1923) onderzoekingen vond hij n.l. bij een operabiliteit van 56.3 %, onder de operabele gevallen 66 %, onder de inoperabele 7,9 % genezingen. Met radium alleen kreeg hij 52,6 % en met een combinatie van Radium en Röntgen-bestraling 78,5 % genezingen, hetgeen zeer gunstig afstak tegen de (gemiddelde) operatieve resultaten der in de gezamelijke wereldliteratuur gevonden getallen, nl. 42,8 %.

Ten aanzien van de stralenbehandeling luidde zijn conclusie dan ook: *„dasz ich die Strahlenbehandlung beim Korpuskarzinom nicht ablehnen möchte und glaube, das bei richtiger Auswahl der Fähle und guter Durchfuhrung der Stahlenbehandlung nicht schlechtere Erfolge damit erziel werden könnten als mit der operativen Behandlung."*

Een ideale methode is de stralenbehandeling echter nog niet. EYMER, die het materiaal der kliniek van MENGE bewerkte, beweert, dat na de bestraling vaak recidieven ontstaan en wel het grootste aantal binnen de eerste 2 jaren. Zelfs nog na 8 jaar kan er recidief na deze behandelingsmethode zich voordoen.

Volgens STERN en BOTT, die de werking der stralen op het bestraalde gebied histologisch naging, kwam het vast te staan, dat de door de stralen getroffen carcinoom-cellen voor een deel vernietigd, voor een ander deel echter onbeschadigd waren gebleven, en wel onafhankelijk van de toegevoerde hoeveelheid stralen. Naast verval bestond dus ook hier een opleven van het weefsel, waardoor zelfs locale recidieven ontstonden.

Bij iedere bestraling valt dus altijd te rekenen met de mogelijkheid van recidief, luidde hunne waarschuwing.

SCHOLTEN en VOLTZ bewerkten het materiaal van DOEDERLEIN: Van 24 operabele corpus-carcinomen genazen er door bestraling (alleen met Radium 11, d.i. 45,8 %) en bij 23 inoperabele corpus-carcinomen er 57 (post-operatieve?) recidieven was het resultaat nihil.

BAISCH en SCHULTE konden van 58 corpus-carcinomen met een uitsluitende CURIE-therapie er 21 tot genezing brengen, d.i. 36.2 %.

NORRIS en VOGT behandelden in operabele gevallen met Radium en Röntgen-bestraling. Bij 91.31 % der op die wijze behandelde gevallen was, na een 3-jarige observatie, de mortaliteit 56 %.

Van 87 andere gevallen waren na 3 jaar nog 34,8 % in leven.

Hiervan waren 27,9 % recidiefvrij, 6,9 % had waarschijnlijk recidief. Van een andere serie van 57 gevallen was 30,5 % recidiefvrij. Hieronder bevonden zich 26 zeer beginnende gevallen. Na 3 jaar waren hiervan nog in leven 54 %, waarvan 42 % zonder recidief.

VOLTZ kreeg met bestraling de volgende resultaten:

a. absolute genezing 40,9 %

b. relatieve genezing:

1. voor de operabele gevallen 66 %
2. voor de in-operabele gevallen 7,9 %.

Met de gecombineerde behandeling was het 54,7 % en met uitsluitend CURIE-therapie 14 %.

Voor de gevallen, gedurende 1913—1919 in de Heidelbergsche Vrouwenkliniek behandeld, gaf EYMER het volgende staatje (zie blz. 56).

Uit dit staatje volgt, dat in Heidelberg tot en met 1919 de resultaten met de stralenbehandeling bij het corpus-carcinoom nog verre van ideaal te noemen zijn, hetgeen zijn oorzaak zou vinden o.a. in het feit, dat het corpus-carcinoom zoo „verdekt opgesteld" zit (beschermd door den dikken uteruswand), zoodat het bij de bestraling moeilijk onder kruisvuur genomen kan worden, terwijl het van uit de vagina eveneens moeilijk te bereiken is door de stralen. Zijn conclusie over de stralen-therapie luidde dan ook:

„Die Bestrahlung ist, ganz abgesehen von den Art des Karzinoms beim Corpus-carcinoom weniger wirksam, wenigstens vom Uteruscavum aus".

Ook de in het ANTONIE- van- LEEUWENHOEK-huis (DEN HOED) verkregen cijfers waren verre van

Jaar, waarin de behandeling wordt afgesloten	Aantal van alle gevallen	Primaire mortaliteit	Van alle gevallen waren:		Resultaat na minstens 5 jaar					
					Palpat. gezond van de		recidief, maar levend v/d		† (inclusief primaire †) v/d	
			operabel:	inoperabel:	operabele gevallen:	inoperabele gevallen:	operabele gevallen:	inoperabele gevallen:	operabele gevallen:	inoperabele gevallen:
1913	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1
1914	8	0	3	5	1	2	0	0	2	3
1915	5	0	4	1	0	1	2	0	2	0
1916	7	0	6	1	3	0	0	1	3	0
1917	8	0	5	3	0	0	2	0	3	3
1918	8	3	6	2	4	0	1	0	1	2
1919	6	0	4	2	0	0	3	0	1	1
Totaal:	44	4	29	15	9	3	8	1	12	11
in %:		9,1	65,9	34,1	31	20	27,6	6,7	41,4	73,3
					12 gevallen		9 gevallen		23 gevallen	
					27,3 %		20,4 %		52,3 %	

schitterend te noemen, waarbij echter opgemerkt dient te worden, dat het ging om zoo goed als altijd inoperabele, meestal zeer vergevorderde, c.q. verloren gevallen.

Behalve de STOCKHOLM'sche cijfers en die van DOEDERLEIN staan, blijkens het voorgaande, in het algemeen de cijfers, verkregen met de stralentheraphie dus lager dan die met de operatieve methode. Sinds 1920 is het echter ten aanzien van de stralenbehandeling, zoowel wetenschappelijk als technisch, zoo veel beter geworden, dat KERMAUNER te dien opzichte zeer hoopvol is gestemd.

Waar tot dusverre sprake is van stralentherapie, tenzij anders vermeld, wordt bedoeld zoowel de radium, als de Röntgen-bestraling. Deze wordt zoowel afzonderlijk, als gecombineerd toegepast met het **radium.**

Volgens verschillende onderzoekers (SMITH en GRIN-

NELL, STERN en BOTT) zouden de resultaten beter zijn dan wanneer Röntgen-, resp. Radiumstralen afzonderlijk worden aangewend.

Ook wordt de stralentherapie gecombineerd aangewend met de chirurgische genezingsmethode, hetzij als post-, dan wel als ante-operatieve bestraling.

Over het nut dezer ná-, resp. vóórbestraling is men het nog lang niet eens.

Wat de postoperatieve bestraling betreft, was het Fransche standpunt (PERTHES, REGAUD) zoodanig, dat door die bestraling de kans voor recidief juist zou zijn vergroot, terwijl van Duitsche zijde (WARNEKROS) het tegendeel werd beweerd.

SEISSER en MAU, die het materiaal der Magdeburgerkliniek bewerkten, kregen het volgende resultaat:

nabestraald			niet nabestraald		
aantal	genezingen	in %	aantal	genezingen	in %
15	12	80	11	7	60,8

De ervaring van DEN HOED in het Antonie van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam spraken voor het laatste standpunt, n.l. die van WARNEKROS.

Bij het corpus-carcinoom stelde DRIESSEN de aanwending der post-operatieve bestraling afhankelijk van de soort van het carcinoom, t.w. bij **maligne adenoom geen nabestraling,** omdat dit soort carcinoom, blijkens zijn ervaring, nooit gerecidiveerd werd gevonden; bij een adeno- of alveolair carcinoom daarentegen achtte hij nabestraling wel gewenscht.

Eenmaal heeft hij radium toegepast na de chemische uterus-exstirpatie (zie later), een anderen keer Röntgenstralen. Het resultaat was volgens hem twijfelachtig voor wat betreft het aandeel der nabestraling.

De gunstigste tijd voor na-bestraling is gemiddeld 4—6 weken na de operatie. De doseering worde opgevoerd tot dicht bij de genezende carcinoom-dosis, ± 80—100 % HED. De bestraling geschiede niet te snel achter elkaar, de zittingen dure niet te lang.

De Ante-operatieve bestraling wordt nog minder toegepast. Zij wordt aangeraden door BAILY en REGAUD.

Volgens de laatste tegenwoordig slechts in hoogst zeldzame gevallen.

De vóór-operatieve bestraling van het uterus-carcinoom gaat uit van de gedachte: het kankergezwel door de bestraling tot teruggang te brengen, c.q. zijn groei te beperken door verzwakking, respect. vernietiging der carcinoom-cellen, en aan de „rotting" daarin paal en perk te stellen, respect. te doen verdwijnen en de in het carcinoom dikwijls voorkomende septische kiemen onschadelijk te maken, waardoor de navolgende operatie aseptischer en dus ongevaarlijker te maken.

Door de teruggang van het carcinoom komt de patient in betere conditie, waardoor de prognose der operatie een betere wordt.

Bij het corpus-carcinoom zou een vóórbestraling volgens DRIESSEN in operabele gevallen slechts tijdverlies beteekenen. Volgens ALBERTIN echter zou een bestraling met radium de prognose kunnen verbeteren, indien tusschen radium-bestraling en operatie 1 à 6 maanden (het gunstigst 3—4 weken) zijn verstreken.

A. MAYER deelde mede, dat de primaire mortaliteit door vóór-bestraling met radium wordt teruggebracht van 20 op 7,4 %, en de speciaal door peritonitis (als complicatie) veroorzaakte gevallen van 10 op 4,4 %.

Als ante-operatieve bestraling wordt aangewend radium alleen (WICKHAM en DIGRAIS, BAYET, KUESTNER en HEIMANN), Röntgenstralen zonder meer, of een combinatie van radium- en Röntgen-stralen, na elkaar geappliceerd (WALTHARD, c.a.).

Het nadeel van de ante-operatieve bestraling is de scleroseering van het bindweefsel, het ontstaan van vergroeiingen met de omgeving etc., waardoor de operatie niet onbelangrijk kan worden bemoeilijkt, ja, technisch soms geheel onmogelijk wordt.

Een andere vraag is: „Moet op de Röntgen-, c.q. radium-vóór-bestraling nog altijd hysterectomie volgen?"

A. MAYER beantwoordde deze vraag bevestigend, want

in 80 % der vóór-bestraalden bleken bij latere uterus-exstirpatie, — d.w.z. minstens 4—6 weken na die bestraling; vóór dezen tijd is de invloed der stralen nog niet ten volle uitgewerkt (SEITZ, WINTZ) —, in de baarmoeder macro- en microscopisch grootere en kleinere carcinoom-haarden te bestaan.

STOECKEL verricht na de vóór-bestraling met Röntgenstralen de vaginale uterus-exstirpatie.

L. SEITZ geeft in verband met het resultaat der stralenbehandeling bij corpus-carcinomen, de volgende tabel op, waarbij wordt opgemerkt dat de waarnemingstijd 5 jaar is:

A. **alle gevallen bij elkaar:**

	Aantal gevallen:	Genezen
DÖDERLEIN	73	28
BAISCH—SCHULTE	58	21
WINTZ (materiaal SEITZ—WINTZ	40	10
OPITZ—BERGER	18	7
MENGE—EYMER	44	12
Totaal:	233	27=34%

B. **Operabele gevallen:**

DODERLEIN	24	11
BAISCH—SCHULTE	32	17
WINTZ (SEITZ)	18	10
SCHMITZ (Chicago)	2	1
MENGE—EYMER	29	9
SEISSER—MAU (BAUEREISEN)	13	8
Totaal:	118	56=47%

C. **In operabele gevallen:**

MENGE—EYMER	15	3 20 %
HEYMANN	17	10 59 %
WINTZ		9 %
SEISSES—MAN (BAUEREISEN)	6	1 16,7 %

C. Chemische uterus-exstirpatie.

Een afzonderlijke bespreking verdient de z.g. chemische uterus-exstirpatie, in casu met **chloorzink.**

Het principe van deze behandeingsmethode, necrotiseering (etsing) van het uterusslijmvlies met het zich daarin bevindende carcinoom, is reeds heel oud. Deze etsing geschiedde in den beginne met vloeistoffen; eerst later met staafjes, waarin etsende middelen. DUMONTPALLIER was de eerste, die het **chloorzink-staafje** gepropageerd had ter intrauterine etsing, in het begin slechts toegepast bij endometritis chronica. In den laatsten tijd wordt het chloorzink door verschillende gynaecologen in vele landen, vooral in Engeland, veel toegepast ter behandeling van inoperabele cervix-carcinomen. (PROCHOWNIK, ALBERT BLAU, CZERNY, FRANKEL en SIMS).

In Holland was het MENDES DE LEON geweest, die de chloorzink-behandeling tegen het carcinoma corporis uteri invoerde. Na verwijding van de canalis cervicalis legt men een chloorzinkstaafje in de baarmoederholte van de volgende samenstelling

R/	chloret. zincic	10
	Oxyd. zinci	10
	farina trit	30
	aquae q.s.	
	ut. f. bac. à 70—80 mM.	

Door aanraking met het chloorzink komt de omgeving van het staafje, in casu het uterus-slijmvlies, waarin het carcinoom besloten ligt, soms ook een gedeelte van de musculatuur tot volkomen necrose, door onttrekking van alle vocht (door het chloorzink, dat zeer hygroscopisch is) aan het omgevende weefsel, dat in structuur niet of weinig gewijzigd is, een mummificatie dus.

Na 10 tot 14 dagen is het mogelijk zonder pijn, noch bloeding de gesequestreerde massa, die de vorm van de baarmoeder vertoont, met een of ander instrument, te verwijderen.

Gevaren zijn voor de vrouw aan deze methode, volgens DRIESSEN, niet verbonden.

Soms kunnen daarbij echter optreden krampen en (of) temperatuursverhooging.

De chemische uterus-exstirpatie is geïndiceerd bij oudere, weinig weerstandskrachtige vrouwen, bij wie in het algemeen zoowel de chirurgische als de stralentherapie alleen gecontraindiceerd is.

Ze werkt het best in die gevallen, waarin het corpus-carcinoom nog niet vergevorderd is of bij twijfelachtige diagnose.

Het resultaat met deze behandelingswijze bereikt, gezien de omstandigheden, is vrij gunstig te noemen. Hetgeen door DRIESSEN ten deze werd bereikt, toont het volgende staatje:

	Geval	leeftijd in jaren	Path. anatomiel)	Verwikkeling	Uitkomst
1	21	59	5	Vit. cordis	Voorl. genezen na $1^1/_2$ j.
2	38	59	3	Diabetes	Genezen, recid.-vrij na 5 j.
3	39	75	1-2	Adipositas	Genezen, recid.-vrij na 4 j.
4	43	65	3-4	Pyelo-nephritis	Genezen, recid.-vrij na 2 j.
5	46	69	2	Nephritis chronica	Genezen, recid.-vrij na 1 j.
6	41	61	3-4-5	Plaatselijk inoperabel	Na 4 maanden †
7	44	58	4	„	„ 4 „

[1]) Ten einde te kunnen beoordeelen of er verband bestaat tusschen den aard der ziekelijke slijmvlieswoekering, wat betreft het microscopische beeld, en het verdere klinische verloop der ziekte, heeft DRIESSEN naar gelang der kwaadaardigheid de volgende indeeling gemaakt:

Groep 0 = beginnende slijmvlieswoekering.
„ 1 = waarschijnlijk benigne adenoom.
„ 2 = waarschijnlijk maligne adenoom.
„ 3 = adenoma malignum destruens.
„ 4 = adenocarcinoom.
„ 5 = alveolair diffuus.
„ 6 = epithelioma.

Vergaande conclusies zijn hieruit vanwege het geringe aantal natuurlijk niet te trekken.

Na de chemische uterus-exstirpatie kan men ook een Radium, c.q. Röntgen-bestraling laten volgen.

Vat men de boven gegeven uiteenzetting omtrent de therapie van het corpus-carcinoom samen, dan valt allereerst op, dat in het algemeen de genezingskans, langs operatieven weg verkregen, grooter is dan middels de stralenbehandeling, ook al wordt de operabiliteit daarbij in het geding gebracht.

Ze bedraagt bij het operabele corpus-carcinoom minstens 60 %, terwijl het absolute genezings-cijfer een gemiddelde waarde heeft van 50 %.

Met de bestraling zijn de cijfers respect. slechts 53 en 34 %.

Hieruit volgt, dat bij de therapie van het corpus-carcinoom het eerst dient te worden overwogen de operatieve methode, volgens DRIESSEN de **eenvoudige abdominale totaal-exstirpatie.**

Is deze om de een of andere reden tegen-aangewezen, dan komt de stralenbehandeling in aanmerking.

Bij vermoeden, dat de exstirpatie van den tumor niet „radicaal genoeg" is, zal een nabestraling dienen te geschieden, hetzij met radium, hetzij met Röntgenstralen, of beide.

Laat de toestand der vrouw een der boven genoemde methoden niet toe, dan probeere men de chemische uterus-exstirpatie, al of niet gevolgd door een Röntgen-, c.q. radium-nabehandeling), eventueel de operatieve verwijdering van de baarmoeder.

Over de techniek en doseering der bovengenoemde bestralingen moge verwezen worden naar de desbetreffende hand- en leerboeken. Hier moge worden volstaan met de mededeeling, dat ze moeilijk zijn, wijl afhankelijk van zeer vele, niet constante factoren (individueele gevoeligheid etc.). en dat daarin nog geenszins overeenstemming is bereikt.

TWEEDE HOOFDSTUK.

EIGEN GEVALLEN.

Allereerst moge worden opgemerkt, dat de hieronder nader te beschrijven patienten ongeveer van denzelfden stand afkomstig waren, n.l. dien der gemiddelde burgervrouw van Amsterdam. Wij mogen daarbij aannemen, dat hare sociale omstandigheden vrijwel gelijk te achten waren. Het waren meestal vrouwen, die de Gynaecologische polikliniek der Universiteit bezocht hadden. De rest kwam uit de stad zonder deze polikliniek gepasseerd te hebben, waaronder enkelen van buiten Amsterdam.

Om meer dan één reden is het mij niet mogelijk geweest na te gaan of in deze gevallen de sociale factor van invloed was geweest op het doen ontstaan van het corpuscarcinoom. Het nagaan van carcinoma corporis uteri bij andere (meer gesitueerde) bevolkinsgroepen, zooals door verschillende onderzoekers werd verricht, heb ik achterwege moeten laten, mede in verband met het doel, hetwelk dit „proefwerk" oorspronkelijk beoogde, t.w. het bestudeeren der resultaten van de behandeling van het carcinoma corporis uteri, toegepast in de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek gedurende de laatste paar tiental jaren. Aan de hand der te verkrijgen uitkomsten hoopte ik dan mijn richtlijnen te kunnen trekken bij mijn verdere werkzaamheden op dat gebied.

Waar naar mijn bescheiden meening voor een juiste appreciatie van een behandelingsmethode een goed inzicht in het wezen der betreffende ziekte noodzakelijk moet worden geacht, zoo heb ik gemeend mij niet alleen te moeten bepalen tot die behandeling als zoodanig, doch daaraan te doen voorafgegaan het pogen te benaderen van de aetiologie, benevens het verstaan der eigenaardig- en merkwaardigheden, waaronder het carcinoma corporis uteri zich kan voordoen.

De gevallen stuk voor stuk te analyseeren was dus noodzakelijk.

Naar alle waarschijnlijkheid heb ik onder deze patientenmateriaal ook aangetroffen en mede verwerkt de 8 gevallen uit de Vrouwen-kliniek te Amsterdam, welke door DRIESSEN zijn beschreven in „Geneeskundige bladen" (25e reeks, No. V), m.n. 2 van 1904 (No. 5 en 6), 1 van 1905 (No. 7), 1 van 1907 (No. 9), 1 van 1908 (No. XI), 1 van 1912 (No. 23) en 2 van 1920 (No. 33 en 34).

Deze van de onze te separeeren is niet mogelijk geweest, daar door het ontbreken der historia morbi-nummers bij DRIESSEN ze niet meer met onze gevallen te indentificeeren waren.

De eerste vraag, die ik mij voorlegde, betrof dan de **frequentie** van het corpus-carcinoom.

Gedurende het tijdperk 1904—1929 werden in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek verpleegd 29909 vrouwen met gynaecologische afwijkingen, waaronder voorkwamen 99 corpus-carcinomen, welker diagnose's door een „positief" microscopisch praeparaat werden gedekt (Groep A.), gemaakt hetzij uit het weefsel, dat verkregen is bij de proefcurettage, of, waar deze niet was geschied, uit de verwijderde baarmoeder.

Van het overgroote deel der gevallen kon de diagnose carcinoma corporis uteri, zoowel in het proefcurettage-materiaal, als in de geëxstirpeerde uterus niet alleen macro-, maar ook microscopisch worden vastgesteld. In 6 gevallen was de proefcurettage positief carcinoom, terwijl in de verwijderde baarmoeder histo-pathologisch geen spoor van maligniteit kon worden gevonden. De verklaring dezer mogelijkheid is bereids boven uiteengezet.

Het omgekeerde, d.w.z. een negatief-proefcurettage en een positief uterus-praeparaat, heb ik niet aangetroffen, om reden, dat haast bij alle patienten de (diagnostische) proefcurettage werd verricht, behoudens bij enkele gevallen, waarbij de toestand van dien aard was, dat die kunstbewerking gecontraindiceerd was (8).

Hoewel in een 3-tal jaren, met name 1906, 1919 en 1924, ik geen corpus-carcinoom-gevallen heb aangetroffen, toch is de groepeering onzer gevallen in de verschillende jaren vrij regelmatig te noemen.

Een „nu eens groote ophooping, dan weer een heelen tijd niets", zooals WEIBEL in de kliniek van WERTHEIM zag, was bij ons geen sprake. Ten einde één en ander na te gaan, heb ik de frequentie der carcinomen van de baarmoederhals, — ter vergelijking — in haar groepeering in de verschillende jaren, gedurende hetzelfde tijdvak, waarover mijn onderzoek ging, mede in het geding betrokken.

Beide groepen, in casu de corpus- en collum-carcinomen, benevens de respect. getallen der gynaecologische patienten, laten zich dan tabellarisch als volgt rangschikken

Jaar	Totaal aantal gynaecologische patienten:	Aantal portio- c.q. cervix- carcinomen:	Aantal carcinoma corporis uteri:
1904	768	31	4
1905	847	22	4
1906	931	24	–
1907	891	36	2
1908	1081	48	4
1909	953	44	1
1910	922	31	4
1911	971	45	4
1912	982	35	3
1913	907	52	2
1914	1054	54	3
1915	1186	59	4
1916	1150	60	2
1917	1038	46	8
1918	1091	24	2
1919	1167	27	–
1920	1022	33	7
1921	1075	35	8
1922	1055	42	5

1923	1097	50	6
1924	1237	37	–
1925	1506	38	4
1926	1740	47	7
1927	1700	43	5
1928	1773	46	4
1929	1765	54	6
Totaal:	29909	1053	99

Uit bovenstaanden staat moge volgen, dat de frequentie van het corpus-carcinoom ook in de Amsterdamsche Vrouwen-kliniek, verre ten achter staat bij die der collum-carcinomen, en wel in de verhouding van ongeveer 1 : 10.

Een markante toename van voorkomen van het carcinoma corporis uteri in de achtereen volgende jaren valt niet waar te nemen. Slechts in de jaren 1917, 1919, 1921 en 1926 zou men kunnen zeggen, dat er een neiging bestaat tot een stijging, zij het slechts zeer gering. Dit in verband te brengen met de in dien tijd veranderde (c.q. verslechterde) omstandigheden (na-oorlogtijd), zooals KAUFFMANN voor zijn materiaal meende te mogen aannemen (ieder exact bewijs daarvoor ontbrak echter), is hier m.i. niet geoorloofd, al was het alleen daarom, dat onze getallen zoo klein zijn. Bovendien ontbraken ook bij onze gevallen bruikbare gegevens, welke in die richting zouden kunnen wijzen.

Naast de boven genoemde 99 gevallen van carcinoma corporis uteri, waarvan de juiste diagnose volkomen gedekt werd door het microscopisch beeld der praeparaten, beschikten wij bovendien over 15 gevallen, waarvan de diagnose slechts door het klinische beeld der ziekte werd beheerscht (groep B.).

Ik heb gemeend ook deze gevallen hier te moeten vermelden, al toonde het histo-pathologische beeld der praeparaten niet gedecideerd carcinoom, omdat ze m.i. van genoegzaam belang geacht konden worden met betrekking tot de lang niet altijd even gemakkelijke, zoo-

wel de microscopische, als klinische differiaal-diagnostiek der carcinomen van het baarmoederlichaam. Met het oog juist op die „niet zeker", des-al-niet-te-min toch „zeer verdachte" microscopische praeparaten, lijkt mij de indicatiestelling tot de in te stellen therapie, in casu conservatief of radicaal, de eerste èn voor medicus èn patient de voornaamste consequentie, welke daar onmiddellijk uit voortvloeide, niet zeer gemakkelijk, maar m.i. juist hierom niet minder interessant.

De patienten van deze groep laten zich over de verschillende jaren als volgt verdeelen:

jaar:	aantal verdachte gevallen:
1907	1
1909	1
1910	1
1912	2
1915	1
1918	3
1919	1
1920	1
1921	3
1922	1
Totaal:	15

Over de bijzonderheden van deze groep zij naar het betreffende hoofdstuk verwezen.

Groep A.

Deze groep omvat die gevallen, waarbij microscopisch een positief carcinoom-praeparaat werd gevonden.

Het betrof de volgende patienten:

1904.

H. M. No. 115. Oud 65 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur 4 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd, met coagula, zonder pijn. 't Laatst op een leeftijd van 50 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: (27 Febr. 1904). Sinds een half jaar weer gaan vloeien, welke vloeiing steeds erger werd. Geen pijn, geen fluor albus. Afscheiding van vleeschnatachtig vocht.

Objectief onderzoek: Goede algemeene voedingstoestand. Uterus in retroflexie. Portio geen bijzonderheden. Bij curettage zeer verdacht weefsel te voorschijn gebracht.

Microscopisch onderzoek: Carcinoom.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 29 Maart '04 genezen ontslagen.

Pathologisch anatomisch onderzoek: De uterus blijkt duidelijk carcinomateus te zijn. Het carcinoomweefsel gaat echter niet geheel tot aan het peritoneum.

Microscopisch onderzoek: adenocarcinoom (Lab.-No. 1804).

26/II 1906 overleden.

2. H. M. No. 208. Polykliniek No. 317 04. Oud 56 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld. Begin op 19-jarigen leeftijd. Normaal. Het laatst op een leeftijd van 53 jaar. Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 6; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 12 IV '04. Sinds 4 weken weer gaan vloeien, geen foetor. Weinig pijn in den buik. Patiente voelt zich ziek.

Objectief onderzoek: Goede algemeene voedingstoestand, normaal gebouwd. In de mediane lijn, vlak boven de symphysis, een weerstand te voelen, gaande in het kleine bekken. Buik en genitalia externa als van een multipara. In de vulva is donkerrood, oud bloed. Portio is vast, ostium externum gesloten, normaal. Uterus is sinaasappelgroot, hard, onregelmatig van oppervlakte, beweeglijk. Bij curettage veel groote stukken tumorweefsel uit de uterusholte, onder veel bloeding, verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoma (Lab.-No. 1868).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale vaginale hysterectomie. (Bij de operatie bleek de uterus erg bros te zijn).

Verloop: Gunstig. 13/V '04 genezen ontslagen.

23/III 1930 overleden.

3. H. M. No. 461. Oud 43 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden.

Aantal zwangerschappen: 11; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: 3.

Verschijnselen: 9/VIII '04. Sinds 8 weken gevloeid. In 't begin met klonters. Af en toe koorts. Vroeger fluor albus.

Objectief onderzoek: Uterus sterk vergroot, vast. Ligamenta lata verdikt. Corpus uteri in anteflexie. Ostium externum open. Ostium internum gesloten. Adnexa geen afwijkingen.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 20/IX '04 ontslagen.

Proefcurettage: Carcinoom (Laboratorium-nummer 2005).

Alg. toestand (in 1930): uitstekend, na de operatie nooit last van haar ziekte gehad.

4. H. M. No. 709. Oud 31 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** steeds op tijd, om de 4 weken. Begin op 12-jarigen leeftijd.

Verschijnselen: 3/XII '04. Sinds 1½ jaar zeer profuse menstruatie, met coagula af en toe flauwtes. Geen pijn. Den laatsten tijd had ze een gevoelige buik.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus adiposus. Genitalia externum virginaal. Portio klein, geen bijzonderheden. Corpus uteri niet vergroot, in anteflexie. Linker ovarium te voelen. Rechts even boven de knik tusschen cervix en corpus uteri een knikkergroot, subsereus myoom; adnexa: normaal.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 5/I '05 genezen ontslagen.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoma.

1905.

5. H. M. No. 188. Oud 64 jaar, weduwe. **Menstruatie:** geen bijzonderheden.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 18/III '05. Sinds de laatste 7 weken, weer vloeiing, nadat patiente 17 jaren in menopauze was; fluor albus; geen pijn. Af en toe wat foetor, ook wel eens koorts.

Objectief onderzoek: algemeene toestand goed. Uterus klein, in lichte retroflexie. Geen bijzonderheden.

Proefcurettage: Carcinoom.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: 26/III 1905 overleden. (Hieromtrent geen bijzonderheden vermeld).

Pathologisch anatomisch onderzoek: 23/3 '04 van de geëxstirpeerde uterus: adeno-carcinoma (laboratorium-nummer 2260).

6. H. M. No. Oud 42 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Steeds geregeld geweest.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 5; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 14/VI '05. Sinds 1 jaar, tijdens menstruatie versterkte vloeiingen. In de laatste maand ook pijn in den onderbuik; veel last van fluor albus.

Objectief onderzoek: Corpus uteri vergroot met een iets onregelmatige oppervlakte, in anteflexie. Lengte sonde: 12 c.M. Met de curettage slijmvlies-brokken verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoma. (Laboratorium-nummer 3269).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 10/VII '05 phlebitis in het rechter been, 26/VII '05 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: In den fundus uteri een carcinoom-knobbel, welke het peritoneum vrij laat, maar naar het lumen van den uterus een gulden-groot ulcus vertoont.

24/VI '05 in de geëxstirpeerde uterus: adeno-carcinoma (laboratoriumnummer 2369).

Algemeene toestand: (in Mei '30): Geopereerd geweest aan de tong. Heeft momenteel geelzucht. Van den kant van de genitaliën geen klachten.

7. H. M. No. 482. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** altijd geregeld om de 4—5 weken, duur 4 dagen. Begin op 10-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: (21/VII 05) ± 6 maanden sterke fluxus, opgetreden na een schrik. Met coagula, stinkend.

Objectief onderzoek: Uterus iets vergroot, in anteflexie, week. Cervikaalkanaal open. Sonde 9 c.M.

Proefcurettage: epithelioom (laboratorium-nummer 2393).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie, waarbij blijkt, dat de voorwand van den uterus dun is, en de adnexa vergroeid zijn met de omgeving.

Verloop: Gunstig. 25/VIII '05 ontslagen.

In 1930: Geen inlichtingen te bekomen.

8. H. M. No. 477. Polikliniek-No. 440/'05. Oud 33 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld. Begint op 16-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 4; aantal miskramen 1.

Verschijnselen: Zwak gevoel, wat fluor albus. Patiente is na een abortus steeds door gaan vloeien. Uterus in retroflexie, vrij groot, vast. Adnexa normaal. **Proefcurettage: Maligne ontaarding.** (Laboratorium-nummer ddo. 21/VII '05).

Klinische diagnose: Maligne ontaarding van het uterus-slijmvlies.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 18/VIII '05 genezen ontslagen.

Pathologisch anatomisch onderzoek: 27/VII '05 Geëxtirpeerde uterus: Hierin **geen teekenen van maligniteit.** (Laboratorium-Nr. 2397).

1907.

9. H. M. No. 362. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 3—4 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. Sinds een half jaar in menopauze.

Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 7/VI '07. Sinds 6 weken weer gaan vloeien, vleeschnatkleurige afscheiding uit de vagina met een zeer onaangenamen reuk. Pijn in de linkerzij.

Objectief onderzoek: Portio vast; ostium externum open, corpus uteri en adnexa niet door te voelen. Sterke fluxus. Sterke panniculus adiposus. **Proefcurettage:** Carcinoom. (Laboratorium-Nr. 3219).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: geen (opeartie geweigerd).

Verloop: 15/VI '07 op eigen verzoek ontslagen.

15/I '08 overleden.

10. H. M. No. 754. Oud 50 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld, duur: 3—4 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. Weinig. Menstrueert nog.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 11/II '07. Na 2 maanden niet gemenstrueerd te hebben, begon patiente plotseling te vloeien. Lichte fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio cylindrisch, vrij vast. Uit ostium externum hangt een poliep. Cervixwanden zijn hobbelig. Uterus in retroversie, bewegelijk, vast, vergroot, onregelmatig. Adnexa: geen afwijkingen. Bij curettage slechts weinig slijmvlies te voorschijn gebracht.

Microscopisch onderzoek: Carcinoom. (Laboratorium-Nr. 3387).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: 30/XI '07 overleden. (Sectieverslag: Etterige peritonitis, pus in de recessi en de exstirpatie-opening).

Pathologisch anatomisch onderzoek: 12/XI '07. Cervicaalpoliep: benigne (slijmpoliep). (Laboratorium-Nr. 3381).

In 1930: Geen inlichtingen te bekomen.

1908.

11. H. M. No. 387. Polikliniek-No. 409/'08. Oud 53 jaar; gehuwd. **Menstruatie:** Om de 3 weken; duur: 6 à 7 dagen. Begin op 11-jarigen leeftijd; profuus. 't Laatst op een leeftijd van 51 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 11/V '08. Sinds 14 dagen sterk jeukende uitslag over 't geheele lichaam. Laatste 6 weken weer bloed in het hemd opgemerkt. Eigenlijk sinds 1 jaar lichte vloeiingen gehad, meest slechts 1 dag durend. Patiente voelt zich moe en lusteloos. Sterke fluor albus; branderig gevoel in de genitalia.

Objectief onderzoek: Er bestaat een colpitis senilis; uterus in anteflexie, vast, klein; adnexa geen bijzonderheden. Aan sonde weinig bloed. **Proefcurettage:** Adenoma malignum. (Laboratorium-No. 3602).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 11/VI '08 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 21/V 1908 verwijderde uterus adenoma malignum, hier en daar diep in de spier gewoekerd. (Laboratorium-nummer 3602).

In 1930: algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nooit meer last van haar vroegere ziekte gehad.

12. H. M. No. 390. Oud 57 jaar; gehuwd. **Menstruatie:** om de 4 weken. Begin op 15-jarigen leeftijd. Met heftige krampen in de onderbuik. 't Laatst op een leeftijd van 47 jaar.

Verschijnselen: 15/V 1908. Sinds 2 maanden weer gaan vloeien; de laatste 4 dagen voortdurend rheumatiek en nephritis gehad. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara; zeer nauwe vagina. Portio klein, wat week, conisch. Ostium externum gesloten. Zeer dikke panniculus adiposus. Bij curettage slijmvliesbrokken te voorschijn gehaald; in den achterwand van den fundus uteri geen krassen gehoord, noch weerstand gevoeld. **Proefcurettage:** adenoma malignum. (Laboratorium-nummer 3606).

Behandeling: totale uterus-exstirpatie per laparotomiam. (Uterus met de omgeving verkleefd).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Verloop: 31¹V '08 overleden. (1 dag na de operatie, aan hartparalyse).

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 30/V '08 van den uterus; adenoma malignum.

13. H. M. No. 505. Polikliniek-No. 629/'08. Oud 55 jaar; gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. 't Laatst op den leeftijd van 42 jaar.

Aantal zwangerschappen: 7; aantal geboorten: 5; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 22/VI '08 (Polikliniek). Onderzoek zeer pijnlijk. Rechter ligamentum latum pijnlijk, geïnfiltreerd. **Diagnose:** Carcinoma uteri(?). 25/VI '08 (Kliniek). Sinds 3 maanden pijn in den buik. Sinds enkele weken ook bloederig-slijmige afscheiding uit genitaliën. Den laatsten tijd is patiente vermagerd en zwak.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; portio hard en knobbelig. Corpus uteri klein en hard, in anteflexie. Sonde: bloederig. Bij curettage groote massa's verwijderd, welke den indruk wekken van sterk verdikt slijmvlies te zijn.

Microscopisch onderzoek: Carcinoom. (Laboratorium-Nr. 3652).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam (uteruswand bros).

Verloop: 25/VIII '08 ontslagen.

In 1930: geen inlichtingen te bekomen.

14. H. M. No. 518. Leeftijd onbekend; gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken. Begin op 15-jarigen leeftijd. Zonder klachten.

Aantal zwangerschappen: 9; aantal geboorten: 9; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 30/6 '08. Sinds 10 jaar menopauze. Sedert 14 dagen weer gaan vloeien. Soms pijnlijke mictie. **Proefcurettage:** Carcinoma corporis uteri.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie (adnexa meegenomen). (2/VII 1908).

Verloop: gunstig. 24/VII '08 genezen ontslagen.

Pathologisch anatomisch onderzoek: In cavum uteri vindt men ook een myoomknobbel. In den verwijderden uterus: carcinoom of endothelioom. Verkalking der vaten. (Laboratorium-No. 2672).

1909.

15. H. M. No. 454. Oud 56 jaar; gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. Begin op 15-jarigen leeftijd. 't Laatst op een leeftijd van 52 jaar.

Verschijnselen: 15/VI '09. Sinds ongeveer 4 maanden weer vloeiingen, intermitteerend, op ongeregelde tijden. Buik eerst opgezet. Geen pijn. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Corpus uteri vergroot, in anteflexie. Ostium externum open, waaruit een carcinoommassa naar buiten hangt en tot in het cavum uteri te vervolgen is. Uterus gefixeerd.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri inoperabilis.

Behandeling: 17/6 '09. Vaginale hysterectomie, waarbij bleek, dat het carcinoma corporis uteri reeds op de omgeving overgegaan is.

Verloop: 22/VI 1909. 5 dagen na de operatie plotseling overleden.

Sectie-verslag: Het carcinoom van het corpus uteri was in 't geheele kleine en ten deele ook in het groote bekken uitgebreid. Hier en daar abscesholten. Embolie der beide arteriae pulmonales .

1910.

16. H. M. No. 122. Oud 53 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken; duur: 4—5 dagen. Begin op een leeftijd van 15 jaar. Eerste dag veel pijn. Soms met coagula.

Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 17/II '10. Tot voor ongeveer 10 maanden steeds regelmatig gemenstrueerd. Daarna tot op heden zeer onregelmatig. Patiente is sinds dien erg verzwakt en lusteloos; pijnen heeft ze nooit gehad. **Moeder en zuster overleden aan carcinoma corporis uteri.**

Objectief onderzoek: Cervix laat een eind weegs den vinger toe. Ostium internum dicht; corpus uteri in anteflexie, niet vergroot, iets naar links verplaatst, geen afwijkingen naast den uterus. Bij curettage veel gezwollen slijmvlies te voorschijn gebracht.

Microscopisch onderzoek: Adenoma malignum.

Klinische diagnose: Adenoma malignum.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 17/III '10 genezen ontslagen.

Pathologisch anatomisch onderzoek: Zeer suspecte woekering van het uterus-epitheel. Cysteus uitgezette klieren. Daarnaast ook veranderingen als bij endometritis necrobiotica.

17. H. M. No. 721. Oud 54 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de maand, duur: 3—4 dagen. Begin op 18-jarigen leeftijd; profuus, zonder coagula, geen pijn. 't Laatst op een leeftijd van 51 jaar.

Verschijnselen: 12/X '10 sinds ½ jaar dagelijks vloeiingen. Coagula, plotseling begonnen, geen pijn. Hoofdpijn en oorsuizing, gauw moe en is in den laatsten tijd vermagerd. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Portio conisch. Ostium externum open. Aan den rand van de portio een klein polypje. Adnexa niet voelbaar. Hymen verscheurd. Bij curettage groote hoeveelheid verdacht weefsel uit den uterus gehaald. **Proefcurettage:** adeno-carcinoom. (Laboratorium-nummer 5075).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 22¹XII '10 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 14/X 1910. Cervicaalpoliep = Slijmpoliep met eenigszins verdacht oppervlak. Cave !! (laboratorium-no. 5075). 18/X '10 van den uterus; adenocarcinoom. (Lab.-No. 5079).

In 1930: geen inlichtingen te bekomen.

18. H. M. No. 841. Oud 56 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur 3 dagen. Begin op 18-jarigen leeftijd. Hoeveelheid gewoon. 't Laatst op een leeftijd van 48 jaar.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 29/XI '10. Sedert 10 weken weer fluxus, zonder pijn, nooit fluor albus gehad.

Objectief onderzoek: geen bijzonderheden.

Proefcurettage: Adenoma malignum destruens. (Laboratorium-nummer 5176).

Klinische diagnose: adenoma malignum.

Behandeling: 8/XII '10 Vaginale hysterectomie.

Verloop: 16/12 '10 overleden (8 dagen na de operatie, aan algemeene paritonitis).

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 8¹XII '10 van den uterus: slechts weinig adeno-carcinoom-weefsel in den uteruswand gevonden. (Laboratorium-nummer 5176).

19. H. M. No. 913. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld. Begin op 14-jarigen leeftijd. Eerst gewoon, later oligo-menorrhoe, maar geregeld.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 28/XII '10. Sinds 1½ maand krampachtige pijnen in de lendenen, uitstralend naar de genitalia externa (continu), steeds erger wordend.

Objectief onderzoek: Fluxus; uterus niet duidelijk in anteflexie. Corpus uteri iets naar rechts en achteren verplaatst, schijnt vast te zitten. Portio knobbelig, onregelmatig, met voortzetting der knobbels in het laquear posterius.

Proefcurettage: a. Naast normale klieren in het slijmvlies en tusschen de spieren **Carcinoma alveolare.**

b. **Proefexcisie:** Carcinoma portionis, geen parelvorming. (Laboratorium-nummer 5225).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri (inoperabilis).

Behandeling: Conservatief, palliatief (curettage).

Verloop: 7/I '11 ontslagen.

25/VII 1911 overleden.

1911.

20. H. M. No. 76. Polikliniek-nummer 112/'11. Oud 62 jaar, weduwe. **Menstruatie:** Altijd op tijd. Begin op 15-jarigen leeftijd. Gewone hoeveelheid, geen pijn. 't Laatst op een leeftijd van 48 jaar.

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 6; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 28/I '11. Sinds 4 maanden last van witte vloed, later wordt de vaginale afscheiding bloederig (vooral 's nachts), stinkend. Te voren nooit fluor albus gehad.

Objectief onderzoek: Uterus normaal van grootte, in anteflexie, adnexa geen afwijkingen. Sonde: 8 c.M. Bij curettage groote weefselbrokken uit het corpus uteri verwijderd.

Proefcurettage: Adeno-carcinoma. (Laboratorium-No. 5294).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: 27/II '11 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 2/II '11. Van den uterus: adenocarcinoma; verkalking in de bloedvaten. (Laboratorium-No. 5294a).

9/XI 1926 overleden.

21. H. M. No. 290. Polikliniek-No. 399/1911. Oud 53 jaar, weduwe. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken, duur: 8 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd. Thans nog niet opgehouden. Profuus.

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 15/IV 1911. Menstrueert nog steeds, sinds 14 jaar profuser dan vroeger en allengs onregelmatiger.

Objectief onderzoek: Uterus in anteflexie. Oude parametritische strengen. In de cervix, aan den voorkant, een myoomknobbel voelbaar. Uit de uterus vloeit een vieze, bruinachtige afscheiding. Sonde: 10 c.M. Bij currettage groote stukken slijmvlies te voorschijn gekomen.

Microscopisch onderzoek: adenoma malignum (laboratorium-nummer 5430).

Klinische diagnose: adenoma malignum.

Behandeling: 20/IV 1911. Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 17/5 1911 **overleden.** (**Sectieverslag:** Thrombose van de linker v. iliaca externa; multipele embolieën in de linker long.

Pathologisch-anatomische bijzonderheden: 20/IV 1911 van de geëxstirpeerde uterus: In de gemaakte praeparaten slechts **normaal slijmvlies.** (Laboratorium-nummer 5430a).

22. H. M. No. 350. Polikliniek-No. 1170/'07. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. Begin op 13-jarigen leeftijd. Oud 42 jaar, gehuwd.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 11/V 1911. Sedert 4 jaar onregelmatige fluxus, zonder menstruaal type, met pijn, congula, fluor albus.

Objectief onderzoek: Uterus vergroot, vrij hard, in anteflexie. Adnexa geen afwijkingen. Portio wat vergroot, week, onregelmatig, geen abnormaliteiten. Bij curettage groote brokken slijmvlies te voorschijn gehaald.

Microscopisch onderzoek: adenoma malignum (laboratorium-nummer 5460).

Klinische diagnose: adenoma malignum.

Behandeling: 17/V 1911 chloorzinkstift (wegens emphysema pulmonum en chronische bronchitis). 24/V 1911 necrotische stukken afgestooten.

Verloop: temperatuursverhooging, eerst later weer normaal. 10/VI 1911 genezen ontslagen.

In 1926 overleden aan broncho-pneumonie.

23. H. M. No. 827. Oud 50 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld, de laatste 2 jaar ongeregeld, duur: 2 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. Overigens geen bijzonderheden. Menses is nog niet geheel opgehouden.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 7/XI 1911. Sinds 4 maanden vloeiingen in wisselende hoeveelheden. Lendenpijnen. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: In abdomen geen afwijkingen. Genitalia exterterna van een multipara. Uterus in ateflexie, niet vergroot; adnexa geen afwijkingen. Parametria vrij. **Proefcurettage:** adenocarcinoma corporis uteri.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 30/XI 1911 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 9/XI 1911 verwijderde uterus: adenocarcinoom (laboratorium-nummer 5687).

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie steeds wel gevoeld.

1912.

24. H. M. No. 16. Oud 58 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Regelmatig, duur: 8 dagen. Begin op 17-jarigen leeftijd. Wisselende hoeveelheden. 't Laatst op een leeftijd van 53 jaar.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 4/I 1912. Sinds 4 jaar af en toe vloeiingen, vooral het laatste ½ jaar ongeveer om de 2 à 3 maanden heftig; 't laatst 9 weken geleden. Pijn in de buik en rug. Hartkloppingen, dyspnoe d'effort. Fluor albus.

Objectief onderzoek: Fluxus. Uterus in anteflexie, groot, vrij vast, goed bewegelijk. Portio gaaf, klein. Ostium externum gesloten. Rechts van den uterus en er tegenaam een duivenei groote zwelling. Linker adnexa niet te voelen. Bij curettage brokken slijmvlies te voorschijn gehaald.

Microscopisch onderzoek: adenocarcinoom (laboratorium-no. 5733).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: 10/1 1912 Chloorzinkstift; 9 dagen na het inbrengen der stift necrotischen uterus verwijderd.

Verloop: Gunstig. 3/I 1912 genezen ontslagen.

25. M. H. No. 483. Oud 52 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur 3 dagen. Thans nog niet opgehouden.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: —; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 19/VI 1912. Sinds 3 maanden schietende pijnen in de linkerzij en het linkerbeen; fluor albus.

Objectief onderzoek: Sterk ontwikkelde panniculus adiposus; va-

gina zeer nauw, als van een nullipara. Portio klein, naar boven gericht; uterus in retroflexie.

Proefcurettage: Adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 5919).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparatomiam.

Verloop: Gunstig. 5/VIII 1912 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 22/I 1912. In den uterus: adenocarcinoom (laboratorium-nummer 5919b).

5 Juli 1925 overleden.

26. H. M. No. 597. Polikliniek No. 1385/'12. Oud 49 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken, duur: 4—5 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. Gewoon. 't Laatst op een leeftijd van 42 jaar.

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 6; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 2/8 '12. Sinds 7 maanden intermitteerende vloeiingen, met wisselende intervallen en hoeveelheden. Fluor albus.

Objectief onderzoek: Buik geen afwijkingen. Genitalia externa van een multipara. Uterus in retroflexie, gefixeerd, week, iets vergroot; adnexa en parametria geen afwijkingen. **Proefcurettage:** duidelijk beginnende **adenocarcinoma corporis.** (Laboratorium-nummer 5941; zie ook No. 5726).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 28/VIII 1912 genezen ontslagen.

19/III 1928 overleden.

1913.

27. H. M. No. 77. Polikliniek-nummer 106/1913. Oud 55 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Laatste 2 jaar ongeregeld, niet profuus, geen pijn. Overigens geen bijzonderheden. Sinds 1 jaar in menopauze.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 4/II 1913. Sinds 1 maand pijn in den onderbuik, stekend, snijdend, in aanvallen, neemt toe bij bewegingen en bij menstruatie. Geen fluor albus, niet vermagerd.

Objectief onderzoek: Vulvitis senilis. Corpus uteri in anteflexie, iets te dik. Bij curettage veel maligne uitziend weefsel naar buiten gekomen.

Microscopisch onderzoek: adeno-carcinoma (laborat.-no. 6183).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 11/III 1913 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 13/II 1913. In den uterus: adenocarcinoma. Op sommige plaatsen carcinoma alveolare, waar de glandulaire structuur echter niet meer te herkennen is. (Laboratoriumnummer 6205).

28. H. M. No. 80. Polikliniek-nummer 23/1913. Oud 61 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld. Begin op 14-jarigen leeftijd. Het laatst op 54-jarigen leeftijd, hoeveelheid gewoon.

Aantal zwangerschappen: 12; aantal geboorten: 11; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 5/II 1913. Sedert 7 jaar last van fluor albus. Thans ook knagende lenden-pijnen, toenemend bij beweging. Altijd misselijk gevoel.

Objectief onderzoek: Vulvitis senilis. Genitalia externa atrophisch; vagina nauw. Aan portio geen afwijkingen. Bij proefcurettage verdachte weefselstukken te voorschijn gehaald.

Microscopisch onderzoek: Basaalcel-carcinoom (laboratorium-nummer 6185).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Operatie volgens WERTHEIM (subperitoneale carcinoom-knobbels. In het linker parametrium een tuinboon-dikke klier. De pols is onder de operatie slecht geworden).

Verloop: 13/II 1913 **overleden (sectieverslag:** chloroform-hart, lever en nieren, vettig gedegenereerd. In bifurcatio aortae tuinboongroote lymphekliéren).

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 13/II '13. Van den verwijderden uterus: klier-carcinoom. Carcinoom-knobbel in corpus tot aan de serosa gewoekerd!! Ook Carcinoma cervicis. (Laboratorium-nummer 6206).

1914.

29. H. M. No. 293. Polikliniek: No. 387/1914. Oud 47 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur 4—5 dagen, profuus, zonder coagula. Sinds de laatste 8 jaren sterke foetor. Begin op 14-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 11/IV 1914. Sinds 1 à 1½ maand steeds, doch in wisselende hoeveelheden gevloeid. De laatste 10 jaren last van fluor albus.

Objectief onderzoek: Sterke anaemische vrouw. Buik: geen afwijkingen; uterus staat ± 3 vingers boven de symphysis. Genitalia externa van een multipara, fluxus, portio glad. Cervikaalkanaal ge-

sloten. Corpus uteri in anteflexie, hard, ruim sinaasappel-groot, niet geheel glad. Naast den uterus geen afwijkingen. Sonde: 10 c.M., onpijnlijk. Bij curettage groote dikke brokken verwijderd, ook lappen.

Microscopisch onderzoek: Cysteus uitgezette klieren, meerlagig epitheel. **Maligne!!** Ontsteking met necrotische haardjes (laboratorium-nummer 6847).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie (uterus + adnexa verwijderd).

Verloop: 15/V 1914 genezen ontslagen. Gunstig.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 16/IV 1914 van den uterus: adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 6856).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van gehad.

30. H. M. No. 381. Polikliniek: No. 476/'14. Oud 58 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de maand, duur 1—2 dagen. Begin op 11-jarigen leeftijd. Weinig. 't Laatst op den leeftijd van 52 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: Weer fluxus, nadat sinds 4 jaar de menopauze is ingetreden. Den laatsten tijd last van fluor albus. Vermagerd.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Vagina nauw, kolpitische vergroeiingen. Portio atrophisch, vertoont geen maligne afwijkingen. Corpus uteri niet goed door te voelen, naast den uterus geen afwijkingen. Sonde: 5—6 c.M.; men voelt met de sonde harde, ruwe plekken in het atrophische baarmoederlichaam. **Proefcurettage: Carcinoma alveolare** (laboratorium-nummer 6892).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 3/VII 1914 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 28/V 1914 van den uterus. In het praeparaat uit den uterus **geen carcinoom meer aanwezig.** (Laboratorium-nummer 6921).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Geen recidief.

31. H. M. No. 627. Oud 45 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken, duur 6 dagen. Begin op 15-jarigen leeftijd. Matig. Het laatst op den leeftijd van 42 jaar.

Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 4/VIII 1914. Sinds 4½ maand weer vloeiingen, zon-

der pijn, nadat patiente 3 jaar in menopauze is. Overigens geen andere klachten.

Objectief onderzoek: Buik geen afwijkingen. Genitalia externa van een multipara; prolaps van den voorsten en achtersten vaginaalwand. Uterus is vergroot, in anteflexie, matig week. Naast den uterus geen afwijkingen. Portio dik, wat onregelmatig.

Speculum-onderzoek: Achterlip wat rood, oppervlak een weinig onregelmatig. Bij curettage necrotische weefselbrokken te voorschijn gebracht.

Microscopisch onderzoek: Carcinoma alveolare diffusum. Metaplasie van het cylinder epitheel. Reuzecellen in het bindweefsel. (Laboratorium-nummer 7007).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 5/IX 1914 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 13/VIII 1914 den uterus etc. I. Adeno-Carcinoma. Breed vastzittende carcinomateuse poliep in fundus. — II. Bij het ostium interum gesteeld myoompje. Microscopisch onderzoek hiervan: fibromyoom met hyaline gedegenereerde vaatwanden.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Na de operatie altijd gezond gebleven.

1915.

32. H. M. No. 233. Polikliniek-No. 319/1915. Oud 63 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken, duur: 4—5 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. Matig. 't Laatst op den leeftijd van 54 jaar.

Verschijnselen: 9/III 1915. Sinds ½ jaar weer profuus gaan vloeien, daarna druppelsgewijs. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus adiposus. Genitalia externa van een nullipara. Portio klein. Corpus uteri vergroot, in anteflexie. Sonde: bloederig. Binnenvlakte van den uterus onregelmatig. Bij curettage: groote weefselstukken verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoma. (Laboratoium-nummer 7298).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 13/IV 1915 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 18/III 1915. In den uterus submuceus myoom + woekerend carcinoom. (Laboratorium-no. 7320).

21/XII 1928 overleden.

33. H. M. No. 242. Polikliniek-nummer 336/1915. Oud 47 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Ongeregeld om de 3—4 weken, duur: 3—6 dagen. 't Laatste jaar om de 2 weken.

Verschijnselen: 11/III 1915. Sedert 2½ maand haast elken dag gevloeid; patiente raakte brokken en vliezen kwijt. Last van duizeligheid, misselijkheid, geen braken, geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Abdomen geen bijzonderheden. Genitalia externa normaal, van een nullipara. Portio vast. Ostium externum klein, rond, gesloten. Corpus uteri wat vergroot, in retroflexie. In het cavum Douglasi enkele erwt- tot boongroote, gladde, bewegelijke, onpijnlijke tumortjes.

Speculum-onderzoek: geen bijzonderheden. Bij curettage gezwollen slijmvlies verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoma (laboratorium-nummer 7302).

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 30/IV 1915 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 12/III 1915 proefexcisie, uit de portio: erosie. In den uterus: een subsereus myoom + adeno-carcinoma (niet diep in den wand gegroeid). (Laboratorium-nummer 312)).

In 1928 overleden (in een krankzinnigengesticht). Na de operatie nooit last gehad van haar vroegere ziekte.

34. H. M. No. 294. Polikliniek: No. 1270/'14. Oud 53 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie** Geregeld om de 4 weken, duur: 3—4 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. Weinig. 't Laatst op den leeftijd van 40 jaar.

Verschijnselen: 26/III 1915. Sinds 1 jaar heftige lendenpijn, 6 weken geleden weer vloeiing, weinig, vleeschnatachtig. Weinig fluor albus.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus adiposus. Genitalia externa virginaal. Portio klein, corpus uteri in anteflexie, adnexa niet te voelen. Bij curettage weinig slijmvlies te voorschijn gekomen.

Microscopisch: adenocarcinoom (lab. No. 7334).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 4/V 1915 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 8/IV 1915. Van den uterus: Zeer ver door den wand heen tot dicht onder de serosa gegroeid carcinoom. Leucoytaire reactie; subsereus myoom (laboratorium-no. 7354).

In 1930: algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van gehad.

35. H. M. No. 333. Polikliniek: No. 356/'15. Oud 57 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 30 dagen, duur 2 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 52 jaar. Gewone hoeveelheid.

Verschijnselen: Gedurende de laatste 3 maanden last van fluor albus, vermagerd, overigens geen klachten.

Objectief onderzoek: Meteorismus. Genitalia externa van een nullipara, atrophisch; vagina vrij nauw, trechtervorming. Portio klein; uit het ostium externum hangt een klein polypje; corpus uteri in anteflexie. In cavum Douglasi een groote, vrij vaste, gladde, onpijnlijke zwelling, waarop enkele boongroote ronde knobbels. Bij curettage veel weefselbrokken verwijderd. De uterus week. **Proefcurettage:** adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 7349).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri (inoperabilis).

Behandeling: Conservatief.

Verloop: 20/X 1915 **overleden (sectieverslag:** geen metastasen in hart, longen, lever, milt. Groot carcinoom in het cavum uteri met **metastasen in de breede banden.** Patiente begon plotseling te bloeden. Bij irrigaties veel purulente afscheiding. Hectische temperaturen. In cavum Douglasi absces.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 9/IV 1915 Cervix poliepje: carcinoma.

1916.

36. H. M. No. 487. Polikliniek: No. 643/1916. Oud 50 jaar, weduwe. **Menstruatie:** Begin op 14-jarigen leeftijd, geregeld om de 3 à 4 weken; duur: 2 dagen. Geen pijn, weinig bloedverlies. De laatste: **4 weken geleden.**

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 3 maanden lang met wisselende tusschenpoozen en hoeveelheden gevloeid.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; breede, harde portio. Corpus uteri in retroflexie; adnexa zonder afwijkingen. Cervix ook geïnfiltreerd.

Proefcurettage: Carcinoma alveolare diffusum (laboratorium-nummer 7876).

Klinische diagnose: Carcinoma uteri.

Behandeling: chloorzinkpasta (uterus-slijmvlies + cervix als 1 stuk uitgestoten).

Verloop: Gunstig. 22/VI 1916 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: In portio: epithelioom (laboratorium-nummer 7882).

In Mei 1930: Geen inlichtingen te bekomen.

37. H. M. No. 1095. Polikliniek: No. 1770/1916. Oud 56 jaar, weduwe. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken; duur: 8 dagen. Profuus, niet pijnlijk.

Verschijnselen: 12/XII 1916. Op 52-jarigen leeftijd menstruatie opgehouden en nu weer teruggekomen. Geen pijn in den buik. Geen stank bij de vloeiingen. Op 30-jarigen leeftijd vloeide ze ook sterk, zonder dat de menses was weggebleven. Ze werd toen 2 maal gecuretteerd. Overigens geen bijzonderheden.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara. Hymen tot carcunculae myrtiformis. Bij sondeeren bloederig. Ostium externum gemakkelijk te dilateeren. Met curette uit rechter bovenhoek van den uterus zeer verdachte weefselbrokken te voorschijn gehaald.

Behandeling: Abdominale, totale uterus-exstirpatie.

Verloop: Gunstig. 27/I 1917 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: adeno-carcinoma (laboratorium-nummer 8188, 21/XII 1916).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed.

1917.

38. H. M. No. 160. Oud 53 jaar, weduwe. **Menstruatie:** geregeld; duur: 4 dagen. Begin: op 14-jarigen leeftijd. Profuus, met coagula en veel pijn. De laatste op den leeftijd van 51 jaar.

Verschijnselen: 19/II 1917. 't Laatste half jaar is patiente weer gaan vloeien, vermagerd. Overigens geen klachten.

Objectief onderzoek: Vulva rood, pus uit de urethra te drukken. Vagina nauw. Corpus uteri klein, in retroflexie, voelt gaaf aan; rechts en links geen afwijkingen; fluxus. **Per speculum:** kleine, atrophische portio; bij het curetteeren voelt de uteruswand week aan, groote hoeveelheid slijmvlies verwijderd. Bij het uitspoelen kwamen groote vellen naar buiten. **Proefcurettage:** Adeno-carcinoma (laboratorium-nummer 8284).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 31/III 1917 genezen ontslagen.

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van.

39. H. M. No. 173. Polikliniek: No. 222/1917. Oud 56 jaar, weduwe. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken; duur: 2 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. Profuus, geen pijn. 't Laatst op een leeftijd van 54 jarigen leeftijd. Profuus, geen pijn. 't Laatst op den leeftijd van 54 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 19/II 1917: Eenige vloeiing gedurende 1 jaar, af en toe met coagula. Geen andere klachten, niet verzwakt. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Geringe prolaps van den achtersten uteruswand. Portio normaal. Corpus uteri in anteflexie. Overigens geen afwijkingen. Het lukt niet den uterus ver naar voren te brengen. Met het curetteeren worden groote brokken weeke massa verwijderd. **Proefcurettage:** adeno-carcinoma (laboratorium-nummer 8291).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Geen. (Operatie geweigerd).

Verloop: 28/II 1917 ontslagen (op eigen verzoek).

7/II 1920 overleden.

40. H. M. No. 217. Polikliniek: No. 292/1917. Oud 55 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de maand; duur: 3 à 4 dagen. Begin op 17-jarigen leeftijd; gewone hoeveelheid, geen pijn. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Verschijnselen: Sinds ongeveer 3 maanden weinig en onregelmatig gevloeid. Op 1/III '17 sterk gevloeid, met foetor, geen pijn.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara. Nauwe vagina. Uterus in anteflexie. Rechts en links geen afwijkingen. Ostium externum. gesloten. **Proefcuretttage:** adeno-carcinoma (laboratorium-nummer 8309).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 11/IV 1917 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 15/III '17 van den uterus: adeno-carcinoma, diep in den wand gewoekerd. (Laboratorium-no. 8342).

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van.

41. H. M. No. 278. Polikliniek: No. 403/1917. Oud 56 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld; duur: 4 à 5 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. Dikwijls profuus, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 48 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 26/III 1917 (Polikliniek): Verleden jaar 1 maal genitale bloeding gehad. **Status praesens:** Buik meteoristisch opgezet. Portio gaaf. Sondeering: bloederig. Diagnose: **endometritis climacte-**

rica of maligne degeneratie van het slijmvlies. 27/III '17 (Kliniek): Na menopauze van 8 jaar is patiente weer gaan vloeien. Fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; alleen de portio te voelen. Bimanueele palpatie onmogelijk wegens het sterk uitgezette abdomen. **Proefcurettage:** Perithelioma corporis uteri (metastase van een ovariaal carcinoma?) (laboratorium-no. 8338).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 8/V 1917 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 5/IV 1917 van den uterus: **Kleincellig alveolair adenocarcinoom.** (Laboratorium-nummer 8388).

In 1930: In 1919 griep gehad. Daarna rheumatiek en bronchitis. Overigens geen bijzonders. De ziekte (van 1917) heeft zich niet herhaald.

42. H. M. No. 409. Polikliniek: No. 616/1917. Oud 51 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** steeds op tijd. Begin op 18-jarigen leeftijd. Profuus, zonder pijn, geen coagula. 't Laatst 14 dagen geleden.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 5; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 11/V 1917 (Polikliniek): Profuse menstruatie; duur: 8 dagen. Hoofdpijnen, heeft een kraambeen. Fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio eenigszins vast, onregelmatig (ovula Nabothi). Corpus uteri vast, niet vergroot. Adnexa: geen afwijkingen. Uit ostium externum hangt een klein poliepje. **Proefcurettage:** Maligne adenoom (laboratorium-nummer 8414).

Klinische diagnose: adenoma malignum.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 9/VII 1917 genezen ontslagen. Binnen enkele maanden na smartelijk lijden (thuis) overleden (inlichtingen in Mei 1930.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 31/V 1917 van den uterus: **adenoma malignum.** (Laboratorium-nummer 8439).

43. H. M. No. 431. Polikliniek: No. 427/'17. Oud 50 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 30 dagen; duur: 3—5 dagen. Gewoon, met veel pijn voor en tijdens de menstruatie. Thans, sinds ½ jaar, is de duur tot 10 dagen verlengd, doch geringer dan vroeger. De menses is nog niet opgehouden.

Aantal zwangerschappen: 10; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 11/V '06 (polikliniek): In Maart is de menses 6 dagen over den tijd, zeer profuus. Vloeit nu nog een weinig. **Status praesens:** ietwat vergroote uterus, in retroflexie, de ovaria zijn te voelen.

Proefcurettage: 1/VI 1906: glandulaire hypertrophie met deciduaeilandjes (laboratorium-nummer 2769). Genezen ontslagen.

9/V 1917 (Polikliniek): 2 maanden geleden heftige menstruatie gehad. Te voren geregeld gemenstrueerd. Sinds dien geregeld gevloeid, vooral 14 dagen geleden. Afscheiding wat bloederig. Frequente mictie. **Status praesens:** Uterus in retroflexie, klein. Rechter ovarium normaal. Links een week-elastische tumor naast den uterus, stuitergroot (cyste?), aan de voorlip een driehoekige erosie.

23/V 1917: Nu weer 8 dagen gevloeid, nadat sinds 1 week de fluxus is opgehouden. Hoeveelheid gering. Gevoel van zwaarte in de beenen; varices. Pijn in den rug. Weinig fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio onregelmatig. Ostium externum dicht; uterus in retroflexie. Rechts en links geen afwijkingen.

Proefcurettage: Op één plaats maligne adenoom. (Laboratoriumnummer 8413).

Klinische diagnose: Maligne adenoom.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 26/VI 1917 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 31/V 1917 van den verwijderden uterus: Maligne adenoom (laboratorium-nummer 8438).

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van.

44. H. M. No. 598. Polikliniek: No. 962/1917. Oud 51 jaar, niet gehuwd. Eerste menstruatie: onbekend. **Menstruatie:** onregelmatig om de 4 à 8 weken; duur: 3 dagen, zonder pijn, weinig. 't Laatst op den leeftijd van 49 jaar.

Verschijnselen: 27/VII 1917. Sinds 6 weken weer begonnen te vloeien. Vermagerd. Af en toe fluor albus.

Objectief onderzoek: de buik is niet pijnlijk, niet opgezet. Genitalia externa normaal, zeer nauwe vulva en vagina, waaruit bruinachtig, slijmerig vocht vloeit. In laquear posterius een litteeken. Portio atrophisch. Corpus uteri niet duidelijk te voelen, waarschijnlijk in retroversie, niet duidelijk vergroot.

Rectaal onderzoek: Uterus klein en hard, in retroversie. Parametria strengvormig, waarschijnlijk niet geïnfiltreerd.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 26 7 '17. In den verwijderden uterus: Adenocarcinoom. (Laboratorium-nummer 8528).

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 28/VIII 1917 genezen ontslagen.

27/III 1925 overleden.

45. H. M. No. 635. Polikliniek: No. 749/'15. Oud 53 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de maand; duur: 3—4 dagen. Begin op 14-jarigen leeftijd. Gewone hoeveelheid, zonder pijn. De menstruatie is nog niet geheel opgehouden.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: 4.

Verschijnselen: 9/VI 1915 (Polikliniek): Het laatste jaar onregelmatige menstruatie. Soms pijn in de liesstreek. Corpus uteri in anteflexie. Rechts en links oude perimetritische strengen. Portio naar rechts vertrokken.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; uterus in anteflexie. Rechts en links geen afwijkingen. Portio geen bijzonderheden. Rechter parametrium geïnfiltreerd.

Proefcurettage: adenoma malignum. (Laboratorium-nummer 8516).

Klinische diagnose: adenoma malignum.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig 6/IX 1917 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 16/VIII '17: In den verwijderden uterus: adenoma malignum. (Laboratorium-nummer 8589).

In 1930: Na de operatie steeds goed gezond gevoeld tot 1926, waarna patiente (door een plotseling sterfgeval van haar dochtertje) zeer zenuwachtig werd. Verder neusontsteking gehad.

De ziekte (van 1917) heeft zich tot nu toe niet herhaald.

1918.

46. H. M. No. 367. Oud 47 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld; duur: 1 week. Begin op 15-jarigen leeftijd, vrij profuus, voor de menses sacraalpijnen.

Verschijnselen: 26/IV 1918. Patiente had 6 weken achter elkaar gevloeid, elken dag verloor zij vrij veel donker bloed, met klonters er in, zonder pijn. Patiente is niet vermagerd.

Objectief onderzoek: Geringe fluxus. Genitalia externa van een multipara. Portio hard, ingescheurd. Corpus uteri iets vergroot, in anteflexie. Sonde: 9 c.M. Bij de proefcurettage veel slijmvlies verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Carcinoma alveolare. (Laboratoriumnummer 8920).

Klinische diagnose: Climacterische bloeding of maligne degeneratie.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 8/VI 1918 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 7/V 1918 van den verwijderden uterus: carcinoma alveolare diffusum. Ook in het parametrium(?). (Laboratorium-nummer 8959).

26/I 1923 overleden.

47. H. M. No. 837. Oud 64 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld. Begin op 17-jarigen leeftijd. Weinig. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Verschijnselen: 9/XI 1918. Sedert 6 weken voortdurend niet stinkende fluxus. Voor een half jaar hetzelfde gehad, gedurende 1 week. Thans verzwakt en vermagerd. Pijn in den onderbuik. Den laatsten tijd ook fluor albus.

Objectief onderzoek: Vagina nauw. Corpus uteri in anteflexie, goed bewegelijk. Naast den uterus geen afwijkingen. Genitalia externa van een nullipara. **Proefcurettage:** (H. M. 407/1918, Barak 14) Carcinoma corporis uteri.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie (beide ovaria zeer atrophisch en vast vergroeid met de omgeving; kunnen niet verwijderd worden).

Verloop: 28/X 1918. Veel stinkende afscheiding. 12/XI 1918 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 10/X 1918. Verwijderde uterus: De uterusspier bevat infiltraten en abscessen, enkele cellen (cave!). In dit preparaat **geen kliercarcinoom** te vinden, wel teekenen van een **metritis** en **endometritis dissecans.** (Laboratorium-no. 9144).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand niet al te best: moe, loom, hoofdpijnen. Overigens geen andere bijzonderheden.

1920.

48. H. M. No. 447. Oud 55 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken; duur: 3—4 dagen. Begin op 14-jarigen leeftijd, weinig, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 49 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 21/6 1920. Sinds 1 jaar nu en dan een geringe vloeiing, enkele druppeltjes rood bloed, na defaecatie. Geen pijn, wel fluor albus; de laatste maanden stinkend.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara. Corpus uteri in anteflexie. Portio: klein, vertoont niets verdachts, evenals de uterus. Rechts en links geen afwijkingen. Vuilbruine afscheiding. Slijmvlies-polypje uit het ostium externum. Sonde: gaat er 7 c.M. in.

Proefcurettage: Adenocarcinoma corporis uteri. (22/VI 1920).
Klinische diagnose: Adeno-carcinoma.
Behandeling: Vaginale hysterectomie.
Verloop: Gunstig. 6/VIII 1920 genezen ontslagen.
In 1930: Na de behandeling tot nu toe steeds goede gezondheid gehad.

49. H. M. No. 470. Oud 48 jaar, weduwe. **Menstruatie:** Geregeld om de 3 weken, duur: wisselend. Nog niet opgehouden.
Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: —; aantal miskramen: 1.
Verschijnselen: 29/VI 1920. Ongeregelde genitale bloedingen, met coagula, sinds 8 à 9 maanden. Tusschen de menstruatie bloederig, gelig, stinkend vocht uit de vagina; fluor albus.
Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Vieze afscheiding. Ostium externum gaaf, rond, uterus in anteflexie, vast, vergroot. Naast den uterus geen afwijkingen. Sonde: 12 c.M. Cavum uteri ietwat onregelmatig gevormd, grofhobbelig van oppervlakte. Bij curettage veel weefsel verwijderd.
Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoma corporis uteri (21/VI 1920).
Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.
Behandeling: Totale uterus exstirpatie per laparotoniam.
Verloop: Gunstig. 8/IX 1920 genezen ontslagen.
Pathologisch-anatomisch onderzoek van den verwijderden uterus: Carcinoma corporis uteri.
In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van gehad.

50. H. M. No. 600. Polikliniek: No. 1725/1919. Oud 59 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de maand, duur: 4 dagen. Begin: onbekend. 't Laatst op den leeftijd van 47 jaar.
Aantal zwangerschappen: 12; aantal geboorten: 11; aantal miskramen: 1.
Verschijnselen: 13/VII 1920. Sterke, bloederige, stinkende afscheiding uit de vagina.
Objectief onderzoek: Corpus uteri geen afwijkingen. Portio hard, gaaf. Uit portio vloeit bloed naar buiten. Sonde: 5 c.M. in de uterusholte.
Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.
Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.
Verloop: 28/X 1920 fistelopening gesloten. 30/X 1920 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Corpus uteri erg week, cervix 2 duim dik, vast geïnfiltreerd, breede banden vrij van infiltratie. Uterus-weefsel is erg bros.

Microscopisch onderzoek: Carcinoma solidum.

3/XII 1922 overleden.

51. H. M. No. 354. Oud 62 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken; duur: 4 dagen, profuus. 't Laatst op 50-jarigen leeftijd.

Verschijnselen: 17/5 1920. Sinds 6 weken pijnlooze vloeiingen. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Sterke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara. Portio gaaf. Uterus in anteflexie. Sonde: 8 c.M. Bij curettage weinig slijmvlies verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Waarschijnlijk carcinoma alveolare (2 kleine partikels) (laboratorium-nummer 181).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: curettage (operatie geweigerd).

Verloop: 4/VI 1920 ontslagen.

52. H. M. 826. Oud 46 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geregeld, om de 3½ week, duur: 3 dagen. Begin op 15-jarigen leeftijd, met een weinig pijn in de buik. Menses nog niet opgehouden.

Verschijnselen: 30/X 1920. Sinds 3 maanden last van vloeiingen en pijn in den onderbuik. Hoofdpijn, duizelingen, zenuwachtig. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Rectaal: Corpus uteri, genitalia externa van een nullipara. Hymen intact. **Proefcurettage:** Adenoma malignum. (Laboratorium-nummer 345).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 2/XII 1920 genezen ontslagen.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoesand uitstekend. Af en toe pijn links in den onderbuik.

53. H. M. No. 612. Polikliniek: No. 1184/1920. Oud 62 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Steeds geregeld om de maand; duur: 3 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. Menstruatie nog niet opgehouden (!).

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 18/VIII 1920. 6 jaar onregelmatige menstruatie met zeer ongelijke intervallen. Afscheiding: waterachtig-bloederig. Geen foetor. Uterus wat vergroot. Portio vertoont niets bijzonders. Uit het ostium externum komt bloed naar buiten. 23/VIII 1930. Tot Maart

1920 vrij geregeld gemenstrueerd. Daarna 4 maanden niet, 14 dagen geleden weer gaan vloeien (veel), vleeschnat-achtige afscheiding uit de vagina; fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Seniele veranderingen in vulva en vagina. Portio is kort, overal vast, gelijkmatig van consistentie. Ostium externum klein, open. Dikke panniculus adiposus (uterus daardoor niet palpabel). Sonde-onderzoek: uterus in anteflexie. 10 c.M. sondelengte. **Proefcurettage:** papilliform adeno-carcinoom. (Grillig woekerend adeno-epithelioom, met atypie, celwoekering en degeneratie, solide celstrengen) (laboratorium-nummer 277).

Klinische diagnose: Carcinoma uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 29/XI 1920 genezen ontslagen.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Na de operatie geen klachten.

54. H. M. No. 1006. Oud 56 jaar, weduwe. **Menstruatie** regelmatig, duur: 3 dagen. Begin op 11 jarigen leeftijd. 't Laatst op den leeftijd van 55 jaar.

Aantal zwangerschappen: 7; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 3.

Verschijnselen: 27/XII 1920. 1 jaar geleden voor het laatst gemenstrueerd. Sinds het laatste half jaar weer fluxus. Moe, pijnen overal, erg duizelig, sterretjes zien, kortademig, benauwd, koortsig; fluor albus. **Moeder overleden aan cacinoma uteri, een broer aan maagcarcinoom.**

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Vagina glad, wat stijf en nauw, atrophisch. Portio promineert niet, vormt een koepel van de vagina. Ostium externum gesloten. Uterus gestrekt, 3—4 c.M. lang, bewegelijk. **Proefcurettage:** Carcinoma alveolare. (Laboratorium-nummer 414).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 16/II 1921 genezen ontslagen.

Toestand in 1930: Na de operatie weer gevloeid, tot omstreeks 1927. Thans gevoelt patiente zich uitstekend, alleen wat verzwakt.

1921.

55. H. M. No. 63. Polikliniek van 8/I 1921. Oud 60 jaar, weduwe. **Menstruatie:** geen bijzonderheden vermeld, behalve, dat ze 't laatst optrad op den leeftijd van 46 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 17/I '21. Onregelmatige, pijnlooze vloeiing, sinds 3 maanden, nadat patiente 14 jaar in de menopauze is geweest. Geen fluor albus. Den laatsten tijd zeer vermagerd.

Objectief onderzoek: Portio vrij breed. Uterus normaal van grootte, in retroflexie, bewegelijk, reponibel. Naast den uterus geen afwijkingen. Bij het curetteeren komt brokkelig weefsel naar buiten. **Proefcurettage:** Maligne ontaarding. Structuur hoogst eigenaardig, geen gewoon corpus-carcinoom, maar een endothelioom met hyaline degeneratie. (Laboratorium-nummer 11).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 12/II 1921 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 20/I 1921 van den verwijderden uterus: Carcinoma alveolare incipiëns, in den uterusspier binnen dringend. (Laboratorium-nummer 33).

30/XII 1926 overleden.

56. H. M. No. 95. Oud 52 jaar, weduwe **Menstruatie:** Om de 4 weken; duur: 5 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar. Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.
kramen: —.

Verschijnselen: 26/I 1921. Sinds 8 weken onregelmatig gevloeid, zonder pijn, met coagula; geen fluor albus.

Objectief onderzoek: dikke panniculus adiposus, patiente maakt een gezonden indruk. Genitalia externa van een multipara. Portio glad, vast. Ostium externum rond, gesloten. Uterus vergroot, wat week, in anteflexie. Parametria vrij. **Proefcurettage:** Carcinoma alveolare. (Laboratorium-nummer 37).

Klinische diagnose: Hypertrophia mucosae uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 3/III 1921 genezen ontslagen.

In Mei 1930: Geen inlichtingen te bekomen.

57. H. M. No. 220. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Onregelmatig (sinds 18 jaar na een bevalling). Vóór dien tijd geregeld om de 3 weken, duur: 8—9 dagen, veel, zonder pijn. Begin: onbekend.

Verschijnselen: 4/III 1921. 5 à 6 weken aan één stuk door onregelmatig gevloeid in kleine hoeveelheden. Af en toe fluor albus; 2 jaar pijn bij de mictie, soms incontinentia urinae.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Por-

tio ingetrokken naar links. Corpus uteri in anteflexie, vast, bewegelijk. Parametria vrij. **Proefcurettage:** adeno-carcinoma corpus uteri. (Laboratorium-nummer 74).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 25/III 1921 genezen ontslagen.

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van gehad.

58. H. M. No. 340. Oud 56 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de maand, duur: 3 dagen. Begin op 15-jarigen leeftijd. Weinig zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 47 jaar.

Aantal zwangerschappen: 13; aantal geboorten: 11; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 16/IV 1921. Sinds 6 weken pijn in den buik en fluxus, na 9 jaar in menopauze te zijn geweest. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara. Portio hard, met een lichte erosie aan de voorlip. Uterus in retroversie, niet vergroot, vast, goed bewegelijk. Parametria vrij. **Proefcurettage** (uit het cavum uteri): Carcinoma alveolare (veel mitosen, snel woekerend) (laboratorium-nummer 121).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri (et cervicis).

Behandeling: Operatie volgens WERTHEIM.

Verloop: Gunstig. 21/V 1921 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 18/IV 1921. Proefexcisie uit de portio: Carcinoma alveolare diffusum macrocellulare (laboratorium-nummer 125).

27/XII 1926 overleden.

59. H. M. No. 426. Oud 47 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken; duur: 5 dagen. Begin onbekend. Gewoon, zonder pijn.

Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 20/V 1921. Sinds 5 maanden vloeiing met afscheiding van brokken; de afscheiding is vleeschnatachtig, zonder pijn, profuus (16 dagen lang), stinkend; fluor albus. Klamme handen, sterk vermagerd.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Lichte prolaps van den voorsten en achtersten vaginaalwand. Uterus in anteflexie, vergroot. Infiltratie van het parametrium, ook van de ligamenta sacro-uterina. 7/VI 1921. Het infiltraat breidt zich uit in de geheele fossa iliaca; uit de portio komt voortdurend bloed te voorschijn. 3/VIII 1921 op verzoek ontslagen. 7/IX 1921: De uterus is

vergroot tot halfweg navel-symphysis. De portio is hard, verdikt. Rechts en links is weerstand te voelen. **Proefcurettage** en **proefexcisie:** Carcinoma alveolare. (Laboratorium-nummer 165).

Klinische diagnose: carcinoma uteri inoperabilis.

Behandeling: Röntgen-bestraling.

Verloop: 23/VII 1921 ontslagen.

25/II 1926 overleden.

60. H. M. No. 681. Oud 62 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld, met pijn. Het laatst op 52-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: Sinds 5 maanden weer intermitteerend gaan vloeien. Patiente is reeds 1 maal gecuretteerd. Overigens geen klachten.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara. Vagina atrophisch, uterus klein en atrophisch, in anteflexie. Adnexa geen afwijkingen. **Proefcurettage: Maligne adenoom met veel mitosen.** (Laboratorium-nummer 221).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 5/IX 1921 genezen ontslagen.

Opmerking: Brief van den huisdokter. **Proefcurettage:** „Het microscopisch onderzoek (prof. DE VRIES) was zeer moeilijk, doch ten slotte het bericht: **geen carcinoma,** doch hypertrophia mucosae."

61. H. M. No. 438. Oud 59 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 4 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd. Gewoon, niet pijnlijk. 't Laatst op den leeftijd van 52 jaar.

Verschijnselen: 20/V 1921. Sinds 3 weken gevloeid, heel licht rood, ook fluor albus. Geen pijn, last van geringe duizeligheid. Den laatsten tijd zeer vermagerd.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara, vagina erg nauw, vuil bloederige afscheiding.

Rectaal onderzoek: Portio normaal van grootte en consistentie, Uterus in anteflexie; adnexa geen afwijkingen. **Proefcurettage:** veel hypertrophisch slijmvlies verwijderd.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: totale uterus-exstirpatie per laparotomiam (adnexa mede verwijderd).

Verloop: 26/VII 1921 ontslagen.

Microscopisch onderzoek: adeno-carcinoom (laboratorium-no. 163).

26/VIII 1922 overleden.

62. H. M. No. 994. Oud 65 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. 't Laatst op 47-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 28/XI 1921. Na 28 jaar menopauze, plotseling vloeiing, geen fluor albus. Flinke, zware vrouw, sterke panniculus adiposus.

Objectief onderzoek: Uterus normaal, in anteflexie, bewegelijk. Portio bloedt niet bij onderzoek, ziet er normaal uit. Bij curettage weinig slijmvlies verwijderd.

Proefcurettage: Hoofdzakelijk detritus-massa en ettercellen. Op 1 plekje **carcinomateus** gedegenereerd plaveiselepitheel. (Laboratoriumnummer 323).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 24/II 1922 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 15/XII 1921 van den verwijderden uterus: In cavum uteri geen verdacht plekje te zien.

3/II 1923 overleden.

1922.

63. H. M. No. 224. Oud 58 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. 't Laatst op 54-jarigen leeftijd.

Verschijnselen: 24/I 1922. Pijn links-onder in den buik, komt geregeld 's middags op, om 's avonds langzamerhand te verdwijnen. Sinds 4 maanden moe gevoel. Sinds 4 jaar in menopauze, nu begint patiente onregelmatig te vloeien. Stinkend, op vleeschnat gelijkend vocht wordt uit de genitaliën afgescheiden. De laatste 11 dagen sterke fluxus.

Objectief onderzoek: Patiente ziet er niet ziek uit. Uterus bewegelijk, adnexa geen afwijkingen.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 24/II 1922 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Adeno-carcinoom; achter den uterus een myoomknobbel.

64. H. M. No. 246. Oud 57 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 3 à 4 weken. Begin: op 12-jarigen leeftijd, weinig, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 51 jaar.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 3/IV 1922. Na 6 jaar menopauze, weer fluxus. Het waren slechts lichte bloedingen, op ongeregelde tijden. Zonder pijn, soms met coagula, soms fluor albus. Niet vermagerd, eerder dikker geworden.

Objectief onderzoek: In het linker ligamentum latum een harde tumor te voelen, rechts naast den uterus een kleinere dito. De portio is naar achteren gedrongen.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, waarbij bleek, dat de uterus sterk gefixeerd, en het parametrium geïnfiltreerd was. Nabehandeld met Röntgenstralen.

Verloop: Thrombophlebitis gekregen. 23/VI 1922 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch en microscopisch onderzoek: adeno-carcinoma. (Laboratorium-nummer 95).

65. H. M. No. 256. Oud 41 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken. Begin op 14-jarigen leeftijd.

Verschijnselen: 7/IV 1922. Heftige vloeiingen, een half jaar geleden sterke menorrhagie met veel coagula. Benauwd gevoel.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een virgo. Portio conisch, uit het ostium externum hangt een klein polypje. Bij de curettage wordt veel slijmvlies verwijderd, met hier en daar kleine brokstukjes.

Microscopisch onderzoek: Klierwoekering met alle kenmerken van een maligne adenoom (laboratorium-nummer 111).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 3/V 1922 hersteld ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Adenoma malignum (8/IV '22). De uterus bevat enkele kleine myoom-knobbeltjes.

66. H. M. No. 808. Oud 33 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geregeld; duur: 4 dagen. Het eerst op 17-jarigen leeftijd. Heftige pijn.

Verschijnselen: 10/X 1922. Menorrhagieën, soms tot 14 à 16 dagen durend. Sterke fluor albus; geen pijn.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara (non virgo). Uterus in anteflexie, vergroot, vrij vast. Portio glad. Ostium externum vrij ver open. **Proefcurettage:** Eigenaardig weefsel: Geen slijmvlies van het corpus uteri, maar **cervixweefsel met sterk gewoekerde cervix-klieren** en **metaplasie** van cylinder in **plaveisel-epitheel** (zooals bij cervix-poliepen). **Praecancereus stadium!** (Cave!).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 10/IV 1923 genezen ontslagen, (nadat bij haar nephrectomie is verricht vanwege een niercomplicatie).

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Lichte perimetritis; rechter ovarium normaal; linker ovarium cysteus gedegenereerd. In den verwijderden uterus: een vuistgroot submuceus-myoom.

67. H. M. No. 888. Oud 71 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om

de 4 weken, duur: 7 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. Profuus, zonder pijn, 't Laatst op den leeftijd van 54 jaar.

Aantal zwangerschappen: 14; aantal geboorten: 10; aantal miskramen: 4.

Verschijnselen: 7/XI 1922, 14 dagen geleden plotseling weer vloeiingen, zonder pijn. Gisteren pijn in het kruis, rechts van de navel en onder de hartstreek. Niet verzwakt, noch vermagerd. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Kleine atrophische uterus. Adnexa niet te voelen. Sonde gaat er 5 .cM. in. Portio geen bijzonderheden.

Proefcurettage: Eigenaardig tumor-weefsel, waarin veel necrose en hyaline degeneratie. Adenomateuze bouw, duidelijk overgaande in adenoma malignum destruens. (Laboratorium-nummer 361).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Radium-bestraling! (Antonie van Leeuwenhoekhuis).

1923.

68. H. M. No. 262. Oud 55 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld, duur: 4—5 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd, bloeding gering. Het laatst op den leeftijd van 54 jaar.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 27/III 1923. Sinds 3 maanden steeds een weinig gevloeid.

Objectief onderzoek: Uterus in retropositie, gestrekt. Strengen in rechter en linker parametrium. Bewegelijkheid was beperkt. Aan portio geen bijzonderheden. Sonde: 6 c.M., bloederig. Bij de proefcurettage flinke bloeding.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoom (laboratorium-no. 105).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, nabehandeld met Röntgenstralen.

Verloop: 19/V 1923 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Aan den achterwand van den uterus een klein myoompje.

69. H. M. No. 488. Oud 42 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld. Begin op 14-jarigen leeftijd, profuus met veel pijn.

Verschijnselen: 12/6 1923. Knagende pijn in linker onderbuik, begint in het linkerdijbeen, gaat dan naar boven, duurt ± 10 dagen, begint dan langzaam te zakken. Flinke fluxus tusschen en tijdens de menstruaties.

Objectief onderzoek: Flink gebouwde vrouw. Genitalia externa van een nullipara. Aanduiding van condylomata accuminata om den

introitus vaginae. Portio wijst naar achteren. Daaruit hangt een klein polypje. Corpus uteri in anteflexie, normaal. Adnexa: geen afwijkingen. Bij curettage veel slijmvlies uit het corpus en de cervix. Voor in den fundus voelt men een bobbel, waarover de curette heen glijdt bij beweging van links naar rechts. Sonde: 7—8 c.M.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoom (laborat.-no. 193).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 7/VII 1923. 9 dagen na de operatie plotseling **overleden,** terwijl patiente op de steek zat (door embolie?).

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 28/VI 1923 van den uterus: grootte en consistentie normaal. Boven het ostium internum bevindt zich een ongeveer erwtgroot ulcus. In den fundus treft men eveneens een klein ulcus aan (microscopisch: adeno-carcinoom).

70. H. M. No. 551. Oud 67 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken; duur: 1 dag. Begin op 11-jarigen leeftijd, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 47 jaar.

Verschijnselen: 4/VII 1923. Sinds 3 maanden voortdurend krampachtige pijn in den onderbuik, begonnen met pijn in de rechterzij (1 jaar lang). Ze wordt erger bij rust, minder bij beweging. Patiente is sterk vermagerd. Eetlust goed. Na 20 jaar menopauze begon patiente verleden week weer te vloeien. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een virgo; de uterus is klein, ligt in anteflexie. **Proefcurettage:** Adeno-carcinoma.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, waarbij bleek, dat er wat troebel vocht in den buik zat, enkele darmlissen verkleefd waren aan den achterwand van den uterus.

Verloop: Gunstig. 25/VIII 1923 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Grillig vertakte klieren, met atypisch epitheel, veel bindweefsel-stroma (maligne gedegenereerd adeno-fibroom?) (laboratorium-nummer 213). Het uterusweefsel is zeer murw.

29/I 1929 overleden.

71. H. M. No. 645. Oud 51 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** Geen bijzonderheden.

Verschijnselen: 9/VIII 1923. Zeer doof en weinig intelligent. Waarschijnlijk onregelmatige bloedingen.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara. Portio normaal, wijst naar achteren, klein, glad, bewegelijk. Corpus uteri in anteflexie, afgeweken naar links; adnexa: geen afwijkingen. Sonde:

11—12 c.M. Alleen uit den fundus slijmvlies af te krabben. **Proefcurettage:** Adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 256).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 15/IX 1923 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 23/VIII 1923 van den uterus: Er bevindt zich een cent-groot ulcus in den rechter bovenhoek van de baarmoeder, dat microscopisch carcinomateus blijkt te zijn.

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nergens last van.

72. H. M. No. 721. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de maand, duur: 4 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 40 jaar.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 31/VIII 1923. Sinds een week weer gaan vloeien; hoofdpijn en pijn in de lendenen. Geen fluor albus. Maagpatiente.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio normaal. Corpus uteri klein, in anteflexie. Ter hoogte van den linker tubairhoek zit een pijnlijke, pruimgroote, weerstand, waarschijnlijk een oude salpingo-oöphoritis. **Proefcurettage:** Carcinoom.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam. (Bij de operatie werd tevens gevonden een oude adnexitis duplex, links iets grooter dan rechts; het cysteuse ovarium is vergroeid met den darm).

Verloop: 30/I 1923 overgeplaatst naar de interne afdeeling wegens anaemie en slapte.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 13/IX 1923 van den geëxstirpeerden uterus: juist boven het ostium internum een klein ulcus in de mucosa.

Microscopisch onderzoek: uterusspier zonder slijmvliesbekleeding. Tegen den wand een necrobiotisch membraan (laboratorium-no. 304).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Den laatsten tijd last van duizeligheid en benauwdheid. Nooit recidief gehad.

73. H. M. No. 1018. Polikliniek No. 905/1916. Oud 79 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 5/XII 1923. Patiente droeg 5 jaar een pessarium. Sinds 3 weken continue pijn in den buik, geen fluxus. Sinds 14 dagen weer wat bloeding uit de vagina, nadat zij sinds jaren in de menopauze was. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara, atrophisch, hard en hobbelig. Corpus uteri atrophisch, in anteflexie. Beide paramatria wat geïnfiltreerd. Bij curettage werd veel slijmvlies verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Carcinoma diffusum. Carcinoom-strengen in bindweefselspleten. (Scirrhus-achtig) (laboratorium-no. 422).

21/XII 1924 overleden.

1925.

74. H. M. No. 13. Oud 64 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 4 dagen. Begin op een 13-jarigen leeftijd. Het laatst op den leeftijd van 53 jaar.

Verschijnselen: 5/I 1925. Een paar jaar pijn in den onderbuik.. In 1924 waterig-rose fluxus. Sinds dien ongeregelde, later ook coagula in de genitale afscheiding. Nu sinds 3 weken achtereen gevloeid; gauw vermoeid gevoel. Hoofdpijn, misselijk. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Dilatatio cordis. Genitalia externa van een nullipara. Corpus uteri waarschijnlijk naar achteren gedrongen. Voor en rechts van den uterus vasten onregelmatigen weerstand te voelen.

Proefcurettage: Adeno-carcinoom.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 29/I 1925. 21 dagen na de operatie overleden (door embolie). Recidiefvrij.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: vrijwel normaal uitziende uterus. Wat dik corpus uteri. Aan adnexa geen bijzonderheden. Links van den fundus een sinaasappelgroote, harde, hobbelige, gesteelde tumor. In den bovenvoorkant der cervix een duivenei-groot myoom. **Op doorsnede:** In het cavum uteri een brokkelige massa, waarin 1 grooter stuk. Beide myomen zijn wit en vast, het grootste bevat beenachtige stukjes.

Microscopisch onderzoek: Veel necrotische bindweefselstukken, veel klierweefsel, met onregelmatig epitheel, gedeeltelijk meerlagig. Carcinoma adenomatosum. Uteruswand met carcinomateuze klieren en alveolen. (Laboratorium-nummer 15—16).

75. H. M. No. 478. Oud 54 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 3 weken; duur: 9 dagen, veel. Begin op 17-jarigen leeftijd, soms met krampen, soms met coagula. 't Laatste op een leeftijd van 50 jaar.

Aantal zwangerschappen: 8; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 4.

Verschijnselen: 24/IV 1925. ½ jaar geleden waterig vocht, later bloederige afscheiding uit de genitaliën. Nu fluxus erg bloederig. Foetor. Later pijn in den rug. Fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Prolaps van den voorsten en achtersten vaginaalwand. Portio normaal. Uterus in dextro-positie, adnexa geen afwijkingen. Sonde: 8 c.M.

Proefcurettage: Velden met carcinoomcellen, als aan de cervix. Daarnaast ook abnormale woekering van klierbuizen met meerlagig epitheel. Sterke woekering, mitose en ongelijkheid. (Laboratoriumnummer 240 resp. 241).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 28/V 1925 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Weefsel uit **cervicaal kanaal:** sterk gewoekerd plaveiselcel-carcinoom door 't heele praeparaat. Veel leucocytaire reactie. Op doorsnede vindt men in den uterus een duivenei-groote tumor, welke uitgegroeid is tot in de cervix.

Microscopisch onderzoek: Paramatrium vrij van carcinoom of ontsteking. De binnenkant van het cavum uteri is ontstoken; de uterusspier is vrij van carcinoom. (Laboratorium-nummer 278).

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand tamelijk goed. Geen recidief.

76. H. M. No. 1157. Polikliniek: No. 819/1915. Oud 56 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. 't Laatst op den leeftijd van 42 jaar.

Verschijnselen: 7/X 1925. Hymenaalopening voor potlood doorgankelijk. **Rectaal:** breede portio, indolente lymphekliеren boven rechter clavicula.

8/X 1925 kwam op behandelingskamer voor onderzoek. Plotseling werd ze er niet goed; cyanotisch, pupillen werden wijd, naar boven convergeerende oogen; groote, diepe ademhaling. Patiente is **binnen 10 minuten overleden** (door longembolie?).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: In 't corpus uteri een **duidelijk** carcinoom gevonden. Portio normaal. Verder geen afwijkingen in den buik.

77. H. M. No. 1371. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Ongeregeld, de laatste 3 maanden om de 6 weken. Begin onbekend. Weinig, zonder pijn, thans nog niet opgehouden.

Verschijnselen: 25/II 1925. Sinds 14 dagen intermitteerende vloeiingen, met erge pijn. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Buik geen bijzonderheden. Prolaps van de voorste en achterste vaginaalwand. Uterus wat groot en vast, in anteflexie. Adnexa geen afwijkingen. **Proefcurettage:** In enkele klieren beginnend **adeno-carcinoom.** In het stroma kleincellig infiltraat. (Laboratorium-nummer 607).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie, nabehandeld met radium. (Dr. Jansen).

Verloop: 19/XII 1925 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Op doorsnede: in het cavum uteri geen duidelijke tumormassa te zien. In den bovenkant en voorwand is de fundus onregelmatig. De rechter tuba is massief. Er is een linkszijdige hydrosalpinx. **Microscopisch:** In cavum uteri **geen carcinoom-massa** te zien, overigens geen bijzonderheden. (Laboratorium-nummer 358).

In Mei 1930 nog steeds klachten: pijn in de rechterzij, af en toe afscheiding(?). Overigens voelt patiente zich uitstekend(?). Recidief?

1926.

78. H. M. No. 876. Polikliniek: No. 2735/1926. Oud 47 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geregeld, om de 4 weken, duur: 5 dagen. Begin op 14-jarigen leeftijd. Onpijnlijk, zonder coagula, nog niet opgehouden.

Verschijnselen: 9/VII 1926. Vloeit sinds eenige maanden, iederen dag, soms met coagula. Sedert ½ jaar menses zeer onregelmatig, met krampen in de buik, uitstralend naar het midden, de genitalia en de lendenstreek; fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara. Portio groot, plat, hard, gaaf. Corpus uteri in anteflexie, normaal van grootte en consistentie:; naast den uterus geen afwijkingen. **Proefcurettage:** adeno-carcinoom. (Laboratorium-nummer 478).

Klinische diagnose: Adeno-carcinoom.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, gevolgd door Röntgenbestraling.

Verloop: 18/VIII 1926 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Laboratorium-nummer: 508): Uterus matig vergroot, ovaria sterk gegireerd, niet cysteus. Tubae normaal.

Op doorsnede: Duidelijke tumor in cavum uteri, vlak boven het ostium internum een weinig ver in den wand doorgewoekerd; aan de ovaria geen bijzonderheden.

Microscopisch onderzoek: Duidelijk woekerend carcinoom met veel sclerose en leucocytaire reactie. Ovaria sclerotisch, zonder metastase.

8/VII 1927 overleden.

79. H. M. No. 956. Oud 50 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** ongeregeld; duur: 1 dag tot 1 week. Begin op 13-jarigen leeftijd. Vroeger gewoon, thans als water en bloed, nog niet opgehouden.

Verschijnselen: 26/VII 1926. Stekende pijn in den onderbuik, uitstralend naar de beenen, erger bij de menstruatie. Vloeit ongeregeld, sinds een paar jaar. Den laatsen tijd sterk vermagerd. 20 jaar lang last van fluor albus; slijmig, wit.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus. Genitalia externa van een virgo. Vagina: geen bijzonderheden. Portio korte, ostium externum gesloten, corpus uteri in retroversie, kindervuist-groot, vast, glad, rechter parametrium verkort en verdikt. Rechts-achter iets pijnlijk bij druk, waar een onderpool van een vermoedelijk cysteuze, kastanje-groote tumor te voelen is. Adnexa niet gevoeld. Bij curettage veel brokkelige stukken te voorschijn gehaald.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoom (laboratorium-no. 525).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totaal uterus-exstirpatie per laparotomiam, gevolgd door Röntgenbesraling.

Verloop: Gunsig. 13/IX 1926 genezen ontslagen.

Pathalogisch-anatomisch onderzoek: 27/VII 1926. Laboratoriumnummer 557. Rechter adnexa samengebakken en met den achterkant van den uterus vergroeid. Portio normaal. Ostium externum even open. In den fundus enkele knikkergroote myoompjes.

Op doorsnede: Uteruswand normaal van dikte. Cervix geen byzonderheden. Cavum uteri verwijd en heeft een dik slijmvlies. Aan den voorkant dringt dit een klein eindje in de diepte. Ovaria atrophisch, tubae open.

Microscopisch onderzoek: I. De wand van den uterus vertoont duidelijk 't carcinoom in de spierlaag. Vrij sterk leucocytaire reactie. II. myoompje, celrijk benigne fibro-myoom. III. Chemisch ontstoken tuba met korte, dikke slijmvliesplooien.

80. H. M. No. 1536. Oud 46 jaar, gehuwd. **Menstruatie**: geregeld om de 4 weken, duur: 9—10 dagen, begin op den leeftijd van 11 jaar.

Aantal zwangerschappen: 5; aantal geboorten: 5; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 21/XI 1926. Een jaar geleden gecuretteerd wegens aanhoudende vloeiingen. Sinds dien niet verbeterd, het werd juist

erger, zonder periodiciteit. Vuistgroote brokken er bij afgescheiden. Kloppende pijnen in den onderbuik.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; fluxus. Portio kort, onregelmatig. Corpus uteri normaal van grootte, in anteflexie, dextro-positie. Sonde: 8 c.M. Bij curettage hypertrophisch slijmvlies.

Microscopisch onderzoek: adenocarcinoom. (Laboratorium-no. 851).

Klinische diagnose: Adeno-carcinoom.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 24/XII 1926 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 22/II 1926. Adnexa, portio, corpus uteri normaal. Links een erwtgroot subsereus myoom. In den linker fundushoek een ulcereerende tumor.

Microscopisch onderzoek: adeno-carcinoom.

81. H. M. No. 838. Polikliniek: No. 3510/1926. Oud 61 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Om de 4 weken, duur: 3 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd, overigens geen bijzonderheden. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Aantal zwangerschappen: 11; aantal geboorten: 10; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 1/VII 1926. Vóór 3 maanden bloed per vaginam kwijt geraakt, welke thans zich herhaalt. Sinds 5 weken last van fluor albus. Den laatsten tijd verzwakt. Geen pijnen.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; flinke recto- en cystocele. Fluxus: rood bloed. Vagina normaal. Portio vast, atrophisch, voelt normaal aan. Corpus uteri in retroflexie, hard van consistentie. Linker en rechter parametrium vrij, adnexa niet palpabel.

Speculum onderzoek: Portio rustig. Bloed uit den uterus.

Proefcurettage: Carcinoma solidum. Punt van uitgang niet duidelijk. Vrij sterke leucocytaire infiltratie. (Laboratorium-nummer 465).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, gevolgd door Röntgenbestraling.

Verloop: Gunstig. 7/VIII 1926 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 3/VII 1926. Laboratorium-nummer 493—494. Van de verwijderde uterus: portio normaal. Beide tubae weinig verdikt, door oude adhaesie met vergroote ovaria van het abdomen afgesloten. Corpus uteri niet vergroot.

Op doorsnede: Cavum uteri verwijd, waarin half necrotische massa. Het lijkt of de cervix niet meedoet aan de tumormassa.

Microscopisch onderzoek: Carcinoom-weefsel in het myometrium, dat tot in de cervix doorgedrongen is. Overal sterke leucocytaire re-

actie. Sclereus ovariaal-weefsel met adhaesies aan den buitenkant. Duidelijk chronische salpingitis met breede slijmvliesplooien en veel ontstekingsverschijnselen in mucosa en submucosa.

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na de operatie nimmer ziek geweest.

82. H. M. No. 5. Oud 54 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 3—4 dagen. Begin op een 15-jarigen leeftijd. Zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 48 jaar.

Aantal zwangerschappen: 11; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: 3.

Verschijnselen: 18/I 1926. Sinds ongeveer 1 jaar vrij plotseling bloederig, stinkend vocht uit de vagina kwijt geraakt. Had 2½ jaar lang een pessarium gedragen. Vóór dien tijd geen klachten.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Geringe prolaps van de voorste en achterste vaginaalwand. Portio vast. Uterus in retroflexie; naast den uterus geen afwijkingen.

Proefcurettage: Typisch adeno-carcinoom (laboratorium-no. 30).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: vaginale hysterectomie (adnexa behouden) en Röntgen-nabestraling.

Verloop: Gunstig. 20/II 1926 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Verwijderde uterus: 2 intramurale knobbels, de grootste aan den achterkant, de kleinste in den fundus (laboratorum-nummer 357). Bij doorsnijding lijkt het, alsof een tumormassa in het cavum uteri aanwezig is.

Microscopisch onderzoek: Ontstoken spierweefsel, vooral aan den kant van het cavum uteri (benigne myomen). Hierin geen adeno-carcinoom meer aanwezig.

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand steeds uitstekend. Na de operatie nergens last van.

83. H. M. No. 208. Oud 55 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 3½ à 4½ week, duur: 10 dagen. Begint op 13-jarigen leeftijd. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Verschijnselen: 12/II 1926. Sinds 2 jaar vloeit patiente weer, voortdurend een beetje, slechts af en toe veel. Tusschentijds afscheiding van een bloederig vocht. Voelt zich slap, gauw moe, is zeer vermagerd. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een nullipara. Portio goed. Uterus in anteflexie, iets vergroot. Rechts en links geen afwijkingen. **Proefcurettage:** adenoma malignum (laboratorium-no. 108).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie. (Adnexa mede verwijderd).
Verloop: Gunstig. 20/IV 1926 genezen ontslagen.
Pathologisch-anatomisch onderzoek: Uterus is groot, in het cavum bevindt zich een tumormassa. In de ovaria geen metastasen (ook op doorsnede niet).
Microscopisch onderzoek: I. Adenoma malignum met groote, soliede gedeelten. II. Uteruswand voor een groot deel door tumormassa doorwoekerd, overigens sterk leucocyten-infiltraat. (Laboratorium-nummer 136 1926).
In 1930: Algemeene gezondheidstoestand steeds uitstekend geweest. Geen recidief.

84. H. M. No. 405. Oud 54 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. Begin op 13-jarigen leeftijd. 't Laatst op den leeftijd van 48 jaar.
Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: —; aantal miskramen: 2.
Verschijnselen: 2/III 1926. Ruim een jaar af en toe gevloeid, de laatste 5 weken heel erg. Zonder pijnen, weinig fluor albus. Overigens geen klachten.
Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio lang. Ostium externum nauw. Uterus wat vergroot, in retroversie, sinistropositie. Links-achter gefixeerd. Adnexa geen afwijkingen. Bij curettage veel brokkelig weefsel te voorschijn gebracht.
Microscopisch onderzoek: Adenoma malignum (laborat.-no. 327).
Klinische diagnose: metrorrhagie.
Behandeling: Abdominale totaal uterus-exstirpatie.
Verloop: 1/VI 1926 hersteld ontslagen.
Pathologisch-anatomisch onderzoek: Uterus in een mantel van adhaesies gehuld. **Op doorsnede:** in het cavum uteri veel vieze massa; (I) in den fundus uteri een pruimgroot submuceus myoom, dat aan de onderpool een krater (!!) vertoont.
Microscopisch onderzoek: In I en II carcinoom met veel necrotisch weefsel. II nog in samenhangend verband. (Laboratorium-no. 208).
In 1930: Algemeene gezondheidstoestand steeds uitstekend geweest. Geen recidief.

1927.

85. H. M. No. 310. Oud 68 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Ongeregeld, duur: 4—5 dagen. Begin op 11-jarigen leeftijd, profuus. 't Laatst op den leeftijd van 49 jaar.
Aantal zwangerschappen: 10; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: 6.

Verschijnselen: 9/III 1927. Sinds 5 dagen weer (plotseling) gaan vloeien, met weeachtige pijn. Niet vermagerd. Fluor albus: wit slijmig, foetide.

Objectief onderzoek: Slappe algemeene toestand. Genitalia externa van een multipara. Portio klein, gaaf. Corpus uteri iets vergroot, in anteflexie, naast den uterus geen afwijkingen. Parametria geheel vrij. Sonde: 10 c.M. **Proefcurettage:** Adeno-carcinoom (lab.-no. 178).

Klinische diagnose: Adenocarcinoom.

Behandeling: Röntgenbestraling.

Verloop: Gunstig. 20/IV 1927 ontslagen. Algemeene toestand uitstekend.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 28/III 1927. Uterus: fraai kleurbare uteruswand met adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 286).

In 1930: Algemeene toestand slap. Seniele klachten.

86. H. M. No. 755. Oud 60 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 1 week. Begin op 13-jarigen leeftijd, hoeveelheid gewoon. 't Laatst op den leeftijd van 54 jaar.

Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 16/VI 1927. Sinds 1 jaar bruinige, sterk stinkende afscheiding, af en toe met pijnen in den onderbuik, aanvalsgewijs optredend, uitstralend naar den rug of het rechter been. Vóór deze bruinige afscheiding nooit last gehad van fluor albus.

Proefcurettage: Adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 412).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, gevolgd door Röntgenbestraling.

Verloop: 20/VII 1927 ontslagen. In loopende behandeling.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Verwijderde uterus. Portio normaal. Corpus uteri vergroot; aan de adnexa geen afwijkingen.

Op doorsnede: In cavum uteri een duidelijke tumor, die geulcereerd is.

Microscopisch: Een duidelijk adenocarcinoom in het cavum uteri. Cervix normaal. In linker ovarium geen metastase, in rechter ovarium een verdachte plek. (Laboratorium-nummer 448/1927).

In 1930: Algemeene toestand goed.

87. H. M. No. 1675. Polikliniek: No. L. 850/1921. Oud 70 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Ongeregeld, duur: 5—6 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd, profuus, zeer pijnlijk. 't Laatst op den leeftijd van 48 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: Sinds ruim een jaar pijn in de buik met fluxus. Af en toe fluor albus. 22 jaar in menopauze.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara; matige prolaps, weinig fluxus. Corpus uteri niet goed door te voelen, waarschijnlijk klein, vast. Voorste en achterste lip van de portio zijn verkort. **Rectaal:** Corpus uteri in retroversie, klein, vast. Parametra vrij. Bloeding uit cerviaal kanaal. Een massa chocolade-kleurig vocht vloeit uit den uterus. Sonde: 7 c.M. Plaatselijk zeer goed operabel. De algemeene toestand echter (voortdurende tremoren, cachexie, albuminurie) laat operatie absoluut niet toe.

Proefcurettage: Adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 819).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Chloorzinkstift.

Verloop: 21/I 1928 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 28/XII 1927 **proefexcisie** uit de portio geen carcinoom, wel sterk uitgezette klierbuizen met wat sterk leucocyten-infiltraat.

10/X 1929 overleden.

88. H. M. No. 235. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 3—4 dagen. Begin op 12½-jarigen leeftijd. Weinig, zonder pijn. 't Laatst op den leeftijd van 42 jaar.

Aantal zwangerschappen: 2; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 21/I 1927. Twee maanden geleden plotseling weer bloed kwijt geraakt. Overigens geen andere klachten.

Objectief onderzoek: Flinke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara; fluxus. Vagina wat atrophisch. Portio geen afwijkingen. Corpus uteri duidelijk vergroot, in strekstand, goed bewegelijk, vast. Sonde: 8½ c.M. Bij curettage veel weefsel uit den achterwand van den uterus, waar het zeer week is, verwijderd.

Microscopisch onderzoek: adenoma malignum, (Laboratorium-nummer 136).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 30/IV 1927 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: (Laboratorium-nos. 159—160). Totaal geëxstirpeerde uterus: portio normaal. Corpus uteri iets vergroot. Tubae normaal. Ovaria wat vergroot en oedemateus.

Op doorsnede: In cavum uteri bevindt zich een tumor.

Microscopisch onderzoek: I. tumor: Adenoma malignum in verschillende stadia. II. Tubae ontstoken. III. Metastasen van het maligne adenoom in beide ovaria.

6/XII 1927 overleden.

89. H. M. No. 252. Oud 51 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 2—3 dagen. Begin op 18-jarigen leeftijd, hoeveelheid gewoon, geen pijn, geen coagula. 't Laatst op een leeftijd van 49 jaar.

Aantal zwangerschappen: 9; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 22/II 1927. Sinds 3 à 5 maanden, onregelmatig gevloeid; sinds de laatste 6 weken elken dag een beetje, nu eens gewoon bloed, dan weer wat rose-gekleurd, waterachtig vocht. Geen foetor, geen pijn. Vermagerd, voelt zich krachteloos.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Sterke cystocele. Vieze, bloederige afscheiding uit de vagina. Portio sterk gemacereerd, onregelmatig aanvoelend, hypertrophisch. Corpus uteri duidelijk vergroot, week in anteflexie. Rechter ovarium te voelen. Het linker ligamentum sacro-uterianum wat stijf, doch onpijnlijk.

Speculum onderzoek: Portio hypertrophisch; in ostium externum polypeuze tumortjes zichtbaar. Sonde: 11 c.M. Bij curettage weinig weefsel te voorschijn gekomen. De achtervlakte van den uterus is dik, brokkelig.

Microscopisch onderzoek: I. polypeuze tumor uit ostium externum: ontstoken, benigne cervicaalpolyp. II. Curettage cervikaal kanaal: normaal slijmvlies met weinig klierbuizen, waarvan enkele cysteus verwijd zijn. III. Curettage cavum uteri: Corpusslijmvlies met zeer sterke klierwoekering, onregelmatig groeiend, gedeeltelijk meerlagig met veel kerndeeligsfiguren.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 24/2 1927. (Laboratorium-nummer 175—176). Portio gaaf. Corpus uteri is vergroot door een knobbel in den voorwand. Beide tubae iets onregelmatig verdikt. Ovaria onregelmatig vergroot. **Op doorsnede:** Tumor aan den voorwand is **niet** als een myoom scherp af te grenzen, vertoont een ulcereerend gedeelte in het cavum uteri. Tubae wijd. De ovaria bevatten verschillende kleine cysten, rechts een kleine bloedcyste.

In 1930: Algemeene gezondheidstoestand slap. Patiente voelt zich ziek.

1928.

90. H. M. No. 13. Oud 62 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 3—4 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd. Profuus, geen pijn, geen coagula. 't Laatst op den leeftijd van 55 jaar.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 4; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 3/I 1928. Sinds 6 weken veel fluxus, zonder coagula. 1 jaar geleden iets gevloeid. Wat licht in het hoofd, overigens geen klachten. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara: Matige fluxus. Corpus uteri niet duidelijk door te tasten. Naast den uterus geen afwijkingen. Portio normaal. Sonde: 7 c.M. Bij curettage veel weefsel verwijderd. De binnenoppervlakte is oneffen.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoom (laboratorium-no. 7).

Klinische diagnose: Carcinoma corporus uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 10/I 1928. 3 dagen na de operatie **overleden.** (Sectie-nummer 17050); vrij sterke vetzucht, peritonitis. **Kleine, versche embolie in rechter long.** Vervette lever, galsteenen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Bovenste deel van den uterus is grootendeels afgescheurd. Adnexa klein, overigens normaal. Vóórlip normaal, achterlip 4 c.M. lang, vast aanvoelend. In het bovenste deel van de cervix bevindt zich een holte, waarin ulcereerende massa. Het afgescheurde deel van het corpus uteri is brokkelig, heeft een tumorachtige structuur. Tubae en ovaria zijn normaal.

Microscopisch onderzoek: Uteruswand bevat uitloopers van carcinoom-weefsel (adeno-carcinoom met veel necrose). Het onderste deel van de cervix: zonder carcinoom wel gedilateerde cervix-klieren. Ovarium: zonder metastasen.

91. H. M. No. 483. Polikliniek: No. 559/1928. Oud 72 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 7—8 dagen. Begin op 12-jarigen leeftijd. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Aantal zwangerschappen: 9; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 10/IV 1928. Sinds een half jaar vloeiing, meestal weinig, doch voortdurend. De laatste paar weken ook met zwarte stukken, en pijn in den onderbuik. Benauwd gevoel, opgezette buik.

Objectief onderzoek: Dikke panniculus adiposus. Portio atrophisch, gaaf. Uterus normaal van grootte, nogal vast, in geringe anteversie, naast den uterus geen afwijkingen. Zeer lichtrood, bruin-gekleurde afscheiding uit de vagina. Corpus uteri klein, goed bewegelijk.

Proefcurettage: wat brokkelig weefsel te voorschijn gekomen. Adenocarcinoom (laboratorium-nummer 241).

Klinische diagnose: Carcinoma corporus uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 21/VI 1928 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: Verwijderde uterus: portio normaal. Corpus uteri iets vergroot. Tubae wat geslingerd en verdikt, de ovaria massief en klein. In 't cavum uteri een brokkelige massa. In den wand een klein myoompje.

Microscopisch onderzoek: Typisch adeno-carcinoom; overigens geen afwijkingen.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand slecht. Pijnen in de lichaamsdeelen, waar de operatie heeft plaats gehad. (Verpleegd in het Onze Lieve Vrouwe-gasthuis).

92. H. M. No. 1558. Oud 74 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 3 à 4 weken, duur: 8 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. Normale hoeveelheid. 't Laatst op een leeftijd van 49 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 20/II '28. Verleden week weer gaan vloeien, lichtroode, zeer stinkende afscheiding. Fluor albus sinds 8 à 9 jaar. Pijn in den onderbuik. Den laatsten tijd zeer vermagerd.

Objectief onderzoek: Prolaps van de voorste en achterste vaginaalwand. Uterus vermoedelijk in anteflexie, naast den uterus geen afwijkingen. De achterlip van de portio is iets hard en wat weggetrokken. Sonde: 7 c.M. Bij **proefcurettage:** brokkelig weefsel uit den uterus.

Microscopisch onderzoek: adenoma malignum.

Klinische diagnose: Adenoma malignum.

Behandeling: 26/I 1928. Chemische uterus-exstirpatie (chloorzinkstift) wegens den hoogen leeftijd, den slechten algemeenen toestand.

Verloop: 10/XII 1928 **overleden.** (Sectie-verslag No. 17680: aortitis syphylitica, hypertophie van het hart met degeneratie. Versche longembolie).

93. H. M. No. 1639. Polikliniek: No. 111/1928. Oud 62 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 4 dagen. Begin op 17-jarigen leeftijd. Gewone hoeveelheid. 't Laatst op den leeftijd van 58 jaar.

Aantal zwangerschappen: 13; aantal geboorten: 13; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 1/XII 1928. Ongeveer 6 maanden geleden opgenomen vanwege **epithelioma uteri** (H. M. 574/1928), dat behandeld werd met **chloorzinkstift.** Bij ontslag uit het ziekenhuis werd aangeteekend (8/VIII 1928): geen palpatorische afwijkingen. Roodheid om de urethra; duidelijke rectocele. Vagina ruim, portio gaaf. Sinds 1½ maand komt zwart vocht, dat later lichter wordt, uit de vagina. Geen coagula, geen pijn. Voelt zich overigens gezond. Niet opvallend vermagerd. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Portio voelt hard en hobbelig aan. Het ostium externum is open. Sonde: 6 à 7 c.M. Rechter parametrium iets geïnfiltreerd, linker parametrium vrij. Bij curettage brokkelig weefsel te voorschijn gehaald.

Microscopisch onderzoek: epithelioom volkomen gelijk in bouw aan het vorige praeparaat (laboratorium-nummer 285 en 803).

Klinische diagnose: Carcinoma uteri (recidief na chemische uterus-exstirpatie).

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 11/XII 1928. Eenige minuten na de operatie **overleden.** (Sectie-verslag 17684: Degeneratio cordis, bruine atrophie, long-emphyseem, bronchitis.)

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 3/XII 1928. Geëxstirpeerde uterus (laboratorium-nummers 876—879). Corpus uteri iets vergroot, tubae licht gekronkeld, met open fimbriae, ovaria normaal. **Op doorsnede:** er blijkt nog een behoorlijke uteruswand te bestaan, die ongeveer 2½ c.M. dik is. Tubae en ovaria geen afwijkingen.

1929.

94. H. M. No. 680. Oud 65 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om 4 weken, duur: 4—5 dagen. Begin op een leeftijd van 19 jaar, met pijn en coagula. 't Laatst op den leeftijd van 56 jaar.

Aantal zwangerschappen: 14; aantal geboorten: 12; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 4/VI 1929. Sedert 5 weken weeachtige pijnen in den onderbuik en vloeiingen in aansluiting aan krampen. Lendenpijn. Geen coagula, geen foetor. Af en toe hartkloppingen, duizeligheid, sterretjes voor de oogen zien. Den laatsten tijd vermagerd.

Objectief onderzoek: Sterke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara. Portio licht hobbelig. Corpus uteri niet te bepalen door de adipositas. Verkorte, maar niet geïnfiltreerde parametria.

Speculum onderzoek: Aan de portio geen afwijkingen te zien, lichte fluxus. Sonde komt in het cavum uteri op een knobbelige massa, waarna een flinke bloeding optrad. Bij curettage worden weefselbrokjse naar buiten gebracht.

Microscopisch onderzoek: adeno-carcinoom (laboratorium-no. 434).

Klinische diagnose: Adeno-carcinoom.

Behandeling: Chloorzinkstift, waarna Röntgenbestraling, (patiente had bronchopneumonie) 21/VI 1929. Na 4 dagen, bij het uithalen van de tampon, wordt de binnenste laag van den uterus in zijn geheel verwijderd. De buitenste laag is blijven staan, valt samen.

25/VII 1929 ontslagen.

In Mei 1930: Nog steeds klachten (hoofdpijn, buikpijn, mictie-klachten. Objectief geen afwijkingen.

95. H. M. No. 1009. Polikliniek: No. 111/1929. Oud 60 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** om de 28 dagen, duur: 1 week. Begin op 14-jarigen leeftijd, profuus. 't Laatst op den leeftijd van 48 jaar.

Aantal zwangerschappen: 8; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 5/VIII 1929. Sinds 6—8 weken pijn in de lenden en stuit, daarna onregelmatige vloeiingen. Sinds 2 jaar last van stinkende fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Uit ostium externum hangt een gerstekorrel-groot, gesteeld, glad, weekelastische tumor. Cervikaal kanaal gesloten. Portio wat atrophisch, vast, niet hobbelig, of knobbelig. Corpus uteri in lichte anteflexie, klein. Naast de uterus geen afwijkingen. Sonde: 8½ c.M. **Proefcurettage:** adeno-carcinoom, uitgaande van epitheel der klierbuizen, met groote soliede velden. (Laboratorium-nummer 566).

Klinische diagnose: Carcinoma corporus uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie, gevolgd door Röntgenbestraling.

Verloop: Gunstig. 14/IX 1929 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 6/VIII 1929. (Laboratoriumnummers: 614, 615, 616, 617, 618, 619) Poliep: Benigne carvikanaalpoliep. Fundus uteri ingenomen door een brokkelige massa, die niet scherp afgegrensd is. Beide adnexa atrophisch.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoom, met sterke hyaline degeneratie in den uteruswand. Overigens geen bijzonderheden.

96. H. M. No. 1193. Oud 71 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 7/IX 1929. Sedert 3 weken vloeiingen, bestaande uit: bloed en weefselstukjes, geen foetor. Vóór deze 3 weken, ook al eens, doch weinig bloed verloren. 2 jaar geleden hetzelfde gehad.

Objectief onderzoek: Sterk opgezette buik, flinke panniculus adiposus, geen ascites. Oude totaal ruptuur, Vagina conisch. Portio atrophisch. Erwtgroote knobbel in de voorlip. Ostium internum gesloten. Corpus uteri niet te palpeeren, waarschijnlijk atrophisch. Gewelven verstreken. Rechts en links geen afwijkingen. **Rectaal:** geen afwijkingen.

Speculum onderzoek: Op portio geen epitheel-defecten of tumoren. Sonde: 6 c.M. Bij curettage brokkelige mucosa uteri naar buiten gehaald: **Proefcurettage:** Adeno-carcinoom (laboratorium-nummer 699).

Klinische diagnose: Adeno-carcinoom.

Behandeling: Chloorzinkstift, gevolgd door Röntgenbestraling.

Verloop: Na 7 dagen werd de geheele uterus, op de „schil" na, verwijderd. Uterusschil geheel samengevallen en vergroeid, naast en achter den uterus geen bijzonderheden. 16/X 1929 ontslagen.

In Mei 1930: nog steeds klachten (vloeiingen). Recidief in vaginakoepel (wordt bestraald met Röntgenstralen).

97. H. M. No. 1337. Polikliniek: No. 946/1929. Oud 71 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden. 't Laatst op den leeftijd van 52 jaar.

Aantal zwangerschappen: 7; aantal geboorten: 6; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 5/X 1929. Sinds 4 maanden bloederige, stinkende afscheiding zoowat iederen dag. Niet vermagerd. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Helder, iets bruin gekleurd slijm in de vagina. Portio atrophisch, overigens geen afwijkingen. Corpus uteri moeilijk te palpeeren, wegens adipositas, waarschijnlijk in anteflexie, klein, vast, onpijnlijk; naast den uterus geen afwijkingen. Lichte guldengroote erosie om ostium externum. Sonde: 7 c.M. Bij curettage niet gezwollen slijmvlies te voorschijn gekomen.

Microscopisch onderzoek: Adeno-carcinoom (laboratorium-no. 762).

Klinische diagnose: Carcinoma corporus uteri.

Behandeling: 12/X 1929. Chloorzinkstift, gevolgd door Röntgenbestraling.

Verloop: Gunstig. 13/II 1929 genezen ontslagen. 11 dagen na het inbrengen van de stift, „uterusafgietsel" verwijderd.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 23/X 1929. Verwijderde uterus: goed bewaard beeld van den uteruswand. Muscularis en mucosa met oppervlakte-epitheel (laboratorium-nummer 866).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Na het ontslag uit het ziekenhuis nergens last van.

98. H. M. No. 1362. Polikliniek: No. 301/1929. Oud 57 jaar gehuwd. **Menstruatie:** Om de 4 weken, duur: 3—4 dagen. Begin op 13-jarigen leeftijd. Profuus, onpijnlijk. 't Laatst op den leeftijd van 50 jaar.

Aantal zwangerschappen: 1; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 16/II 1929. Na een partus (37 jaar geleden) intermitteerende pijn in den onderbuik. Thans bovendien weer vloeiingen, nadat de menses 7 jaren is weggebleven.

Objectief onderzoek Sterke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara. Geringe, bruinachtige afscheiding uit de vagina. Matige prolaps van de voorste en een sterke dito van de achterste vaginaalwand. Portio links ingescheurd. Een knobbeltje in de achterlip. Corpus uteri in matige anteflexie, iets vergroot, vrij vast, onpijnlijk; naast den uterus geen afwijkingen. Sonde: 8 c.M. Bij curettage pathologisch uitziende mucosa verwijderd.

Microscopisch onderzoek: adeno-carcinoom (laboratorium-no. 796).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Chloorzinkstift, gevolgd door Röntgenbestraling; (wegens den slechten algemeenen toestand) 9 dagen na het inbrengen van de stift wordt de uterus, op de schil na, geëxtraheerd.

Verloop: Gunstig. 16/II 1929 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 11/X 1929 proefexcisie uit de portio; ontstoken erosie.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Objectief geen afwijkingen.

99. H. M. No. 1409. Oud 70 jaar, niet gehuwd. **Menstruatie:** om de 4 weken, duur: 1 week. Begin op 12-jarigen leeftijd. Steeds normaal geweest. 't Laatst op den leeftijd van 54 jaar.

Verschijnselen: 20/X 1929. Sinds 10 maanden doorloopend vloeiingen, in het begin veel bloed, soms bloederig-etterig, in den laatsten tijd meer bruinachtig vocht. Sinds 2 maanden ook pijn in den onderbuik. Gauw moe.

Objectief: De streek van den uterus en adnexa is drukpijnlijk. Genitalia externa van een nullipara. Wat bruin-grijze afscheiding uit de vagina; deze loopt conisch toe. Portio: atrophisch, niet hobbelig of knobbelig. Corpus uteri is kinderhoofd groot, vast-elastisch, glad, onpijnlijk. Naast den uterus geen afwijkingen.

Rectaal: Achterwand portio knobbelig, infiltratie van de parametria tot vlak bij den bekkenwand. **Speculum onderzoek:** Kleine epitheeldefecten in den vaginaal-voorwand. De zeer kleine portio vertoont verder geen byzonderheden. Bij druk op den uterus komt een massa dik, vuil vocht naar buiten. Sonde: 13 c.M.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterusexstirpatie per laparotomiam, gevolgd door Röntgenbestraling. **Operatiebijzonderheden:** Adenexa atrophisch, overigens normaal. Uterus kinderhoofdgroot, zóó week, dat ze bij het luxeeren scheurt, waarbij een half vloeibare massa uit den fundus treedt. Parametria lijken maligne geïnfiltreerd te zijn, vooral links.

Verloop: Gunstig. 18/XII 1929 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: (Laboratorium-nummer 876). **Op doorsnede:** De uterus bevat een groote, brokkelige tumor, uitgaande van den wand.

Microscopisch onderzoek: Typisch adena-carcinoom.

Bij de ontleding der boven slechts in het kort beschreven gevallen stuitten wij het eerst op den **leeftijd** der patienten, welke vaak een sterke aanwijzing kan vormen voor de diagnose carcinoma corporis uteri. Beneden het 40e jaar wordt

het n.l. niet of heel weinig aangetroffen. Ook boven den 70-jarigen leeftijd is het een zeldzaamheid.

In onze gevallen komt dit ook sterk naar voren. Tusschen het:

30e—40e jaar	komt het voor in	3 gevallen	= 3 %
40e—50e „	„ „ „ „ „	23 „	= 23,2 %
50e—60e „	„ „ „ „ „	48 „	= 48,5 %
60e—70e „	„ „ „ „ „	18 „	= 18 %
boven 't 70e „	„ „ „ „ „	6 „	= 6,1 %
Op onbekenden leeftijd		„ „ 1 geval	= 1 %

Als praedilectie-leeftijd voor het tot stand komen van het carcinoma corporis uteri mag dus bij onze patienten op grond van dit tabelletje worden aangenomen den leeftijd tusschen het 50e—60e jaar, hetgeen vrijwel overeenstemt met door anderen gevonden getallen.

Beneden het 40e jaar troffen wij het carcinoma corporis uteri aan in 3 gevallen, TREUB en DRIESSEN vonden er geen een.

Zoekende naar een **erfelijkheidsfactor** als aetiologisch moment bij het ontstaan van het carcinoma corporis uteri vonden wij slechts in 2 gevallen (No. 16 en 54) vermeld staan, dat de moeder van patiente eveneens lijdende was aan een carcinoma corporis uteri. Bij het eene was bovendien een zuster en bij het andere geval een broer resp. (baarmoeder) kankerlijderes, en -lijder.

In deze gevallen een verband aan te nemen tusschen heriditeit, resp. familiariteit aan den eenen en het tot stand komen van het carcinoom van het baarmoederlichaam aan den anderen kant, is zonder meer, gezien het geringe aantal gevallen, m.i. niet geoorloofd.

Van veel meer belang is, gelijk boven is uiteen gezet, de betrekking, welke tusschen het **geslachtsleven** der vrouw en het corpus-carcinoom bestaat.

Gaan wij allereerst na de geaardheid der **menstruatie**, dan blijkt, dat zij bij onze patienten begonnen was in:

45 gevallen tusschen het 10e en 15e jaar (45,4 %),
29 „ „ „ 15e en 20e „ (29.3 %),

waarvan 11 (= 11,1 %) van alle gevallen omstreeks het 18e jaar; bij 25 gevallen was het eerste tijdstip der menses onbekend, c.q. niet precies bekend.

In de meeste gevallen (76) trad zij cyclisch op, meestal regelmatig om de 3 à 4—5 weken, bij de rest was ze ongeregeld, nu eens te vroeg, dan weer te laat.

De hoeveelheid van het afgescheiden bloed was eveneens zeer wisselend. In 15 gevallen was ze slechts gering. Als „gewoon" kon ze bij 23 patienten worden aangeteekend. Bij 25 der corpus-carcinoom-lijderessen was de menses profuus, terwijl deze bij 2 zeer in quantiteit wisselde. Bij 34 menstruaties waren de hoeveelheden niet genoteerd. De meeste maandstonden verliepen pijnloos. Slechts in 5 gevallen gingen ze gepaard met pijnen, meestal in de lendenen of het kruis.

Opvallend is hierbij dus het late begin der menarge, bij een deel der gevallen (in 29,3 %) tusschen het 15e en 20e levensjaar. MAYER vond het in 21,4 % der gevallen.

Ook het einde der menstruatie kwam meestal later dan gewoonlijk. Bij boven genoemde vrouwen was de menses in 39 gevallen (= 39,4 %) op een leeftijd van 50 jaar of meer nog niet opgehouden.

In menopauze waren ze:

gedurende	minder	dan	1	jaar	in					1	geval
1	jaar	of	meer	(doch	minder	dan	2	jaar)	in	3	gevallen
2	„	„	„	„	„	„	3	„	„	6	„
3	„	„	„	„	„	„	4	„	„	4	„
4	„	„	„	„	„	„	5	„	„	4	„
5	„	„	„	„	„	„	6	„	„	5	„
6	„	„	„	„	„	„	7	„	„	6	„
7	„	„	„	„	„	„	8	„	„	5	„
8	„	„	„	„	„	„	9	„	„	3	„
9	„	„	„	„	„	„	10	„	„	3	„
10	„	„	„						„	24	„

In 64 gevallen was dus het climacterium reeds ingetreden, d.i. in 64,6 % der gevallen, toen ze ter behande-

ling kwamen; bij 24 patienten (24,2 %) was de menses zelfs reeds meer dan 10 jaren weggebleven. Op grond hiervan lijkt met niet al te gewaagd de stelling te poneeren, dat het carcinoma uteri een ziekte van het climacterium is.

Na de menstruatie is het huwelijksleven voor de vrouw een uitermate belangrijke periode, ook in verband met de ontwikkeling van het carcinoom in het baarmoederlichaam. Van deze patienten waren er 83 gehuwd of gehuwd geweest; de rest (16) was nooit in den echt getreden.

In dit verband is het huwelijksleven van belang voor de vrouw vanwege de geslachtelijke functies en hare gevolgen. Of de paringsdaad als zoodanig van invloed was op het ontstaan van het corpus-carcinoom is uiteraard niet met cijfers aan te toonen. Zelfs de waarschijnlijkheid daarvan is m.i. buiten gewoon moeilijk exact te benaderen. In de door mij geraadpleegde literatuur heb ik dienaangaande dan ook met geen enkel woord vermeld gevonden.

Geheel uitgesloten hoeft ze m.i. echter niet te zijn, waar we weten, dat juist tijdens (zelfs reeds vóór) den bijslaap belangrijke, zij het ook slechts tijdelijke veranderingen in de geslachtsorganen optreden, waarvan als bekend voorbeeld moge worden genoemd de verandering in de circulatie. Ook de innervatie der geslachtsorganen zullen daarbij de noodige verandering ondergaan. Deze en dergelijke (tijdelijke) stoornissen in het evenwicht der normale „huishouding" van de genitaliën, herhaaldelijk ondervonden, zouden als „prikkel" kunnen werken ter bevordering van het ontstaan van de baarmoeder-kanker, in casu het carcinoma corporis uteri of eventueel juist andersom, in dien zin, dat het ontbreken van dezen (herhaalden natuurlijken prikkel de ontwikkeling van het corpus-carcinoom in de hand wordt gewerkt (zie beneden). Ik vrees echter, dat deze hypothese, evenals die, welke veronderstelt, dat de sperma als zoodanig als een (chemische?) prikkel het ontstaan van het corpus-carcinoom zou kunnen beïnvloeden, steeds hypothese zal blijven.

Beter „gedocumenteerd" zijn de betrekkingen van het carcinoma coprporis uteri met **steriliteit**, resp. **graviditeit**..

Van boven vermelde patienten waren er 31 (= 31,3 %) nooit zwanger geweest, in de meerderheid der gevallen nog een virgo intacta.

Wat betreft de frequentie der zwangerschappen kan worden aangeteekend, dat er onder voorkwamen:

	9	patienten,	die	1 ×	zwanger	zijn geweest,
	8	„	„	2 ×	„	„ „
	13	„	„	3 ×	„	„ „
	6	„	„	4 ×	„	„ „
	9	„	„	5 ×	„	„ „
	5	„	„	6 ×	„	„ „
	3	„	„	7 ×	„	„ „
	2	„	„	8 ×	„	„ „
	2	„	„	9 ×	„	„ „
	2	„	„	10 ×	„	„ „
	3	„	„	11 ×	„	„ „
	2	„	„	12 ×	„	„ „
	2	„	„	13 ×	„	„ „
en	2	„	„	14 ×	„	„ „

Allereerst valt hierbij op te merken, dat ook in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek de **nulliparae** in de catagorie der corpus-carcinoom-lijderessen overwegen, n.l. in 31,3 % der gevallen. Tevens mag uit bovenstaande tabel worden afgeleid, dat multigraviditeit geen garantie tegen het krijgen van carcinoma corporis uteri.

De gangbare meening is immers, dat veelvoudige zwangerschappen meer praedisponeeren voor het collum-carcinoom, terwijl de multipariteit, respect. oligo-graviditeit de vrouwen voorbeschikken tot het krijgen van het corpus-carcinoom. Ook in ons patienten-materiaal vindt ze aardige bevestiging.

Een eenvoudige berekening doet immers zien, dat onze patienten in het geheel 349 × zwanger zijn geweest, wat een gemiddelde geeft van 3,53 zwangerschap per persoon.

Tusschen de 3 à 4 zwangerschappen hadden 22 onzer patienten, d.i. in 22,2 %, terwijl het aantal der patienten met 4 en minder zwangerschappen bedroeg 36 (= 36,3 %).

De frequentie van het corpus-carcinoom daalde, naarmate de vrouw meer dan 4 × zwanger was geweest.

Ook in verband met de differentiaal diagnostiek van het carcinoma corporis uteri is de zwangerschap van belang. Deze kan n.l. klinisch volmaakt hetzelfde beeld vertoonen van een corpus-carcinoom, hetgeen moge worden geïllustreerd met het volgende geval:

> H. M. No. 264 (1908), oud 49 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geen bijzonderheden; begin op 14-jarigen leeftijd. Nadat patiente sinds ± 1 jaar in menopauze was, begon ze weer te vloeien.
>
> **Objectief onderzoek** deed zien, dat de uterus niet vergroot en in anteflexie was. Aan de adnexa geen bijzonderheden te voelen. Geen der bekende zwangerschapsteekenen was er aanwezig.
>
> Het **microscopisch** praeparaat van het proefcurettage-materiaal liet de conclusie: „waarschijnlijk maligne" (laboratorium-nummer 3558) gereedelijk toe, zoodat op grond van zoowel het klinische, als het histo-pathologische beeld de diagnose gesteld werd op **carcinoma corporis uteri.**

In de door vaginale hysterectomie verwijderde baarmoeder konden alleen een benigne myoom worden aangetoond, terwijl graviditeit niet geheel kon worden uitgesloten.

Ik heb dit geval mede aangehaald, omdat het samengaan van het carcinoma corporis uteri en zwangerschap niet mogelijk schijnt te zijn. VON FRANQUE[1]) heeft ze noch in de literatuur, noch in werkelijkheid ooit aangetroffen.

Ook de pathologische zwangerschap kan ten deze tot vergissingen in de diagnostiek aanleiding geven. Ik doel hier specaal op het deciduoma malignum, zooals die het eerst beschreven was door SAENGER in 1889, een tumor uitgaande van de epitheliën van de placenta (GOTTSCHALK), tegenwoordig meer bekend onder den naam van chorio-epithelioom (MARCHAND).

---

[1]) VEIT's Hb. d. Gyn., VI, 1e helft, 1930, S. 189.

Het volgende geval moge dit verduidelijken:

H. M. No. 948 (1909). Oud 55 jaar, getrouwd. **Menstruatie:** geen bizonderheden, behalve dat ze nog niet opgehouden is. In aansluiting aan een abortus, (zwangerschap van ± 2 maanden) van een maand geleden zou patiente nu sinds 2 weken heel sterk hebben gevloeid. Bij **objectief onderzoek** werd gevonden een in anteflexie liggende, weeke, vergroote uterus. Andere bijzondere symptomen, n.m. van een (kort geleden) doorgemaakte zwangerschap, waren er niet. Bij curettage werd verdacht brokkelig weefsel te voorschijn gehaald, waarin alle teekenen van maligniteit werden gevonden.

Het **microscopisch onderzoek** der door abdominale uterus-exstirpatie verwijderde baarmoeder wees uit, dat men in dit geval te doen had met het **deciduoma malignum** (laboratorium-no. 4494).

Typisch voor het corpus-carcinoom zou men in dit geval het feit kunnen doen gelden, dat op 55-jarigen leeftijd de menstruatie nog hare gewone cyclus behield, een omstandigheid, waarop reeds eerder is gewezen. Ook een graviditeit op dien leeftijd zou niet erg waarschijnlijk kunnen worden geacht, al is ze (blijkbaar) geen onmogelijkheid, vooral niet, waar geen symptomen aanwezig waren, welke in de richting van een doorgemaakte zwangerschap wezen.

Eerst het microscopische onderzoek der praeparaten leerde den waren aard van de aandoening kennen.

Behalve de doorgemaakte zwangerschap wordt het i n s u l t, veroorzaakt door de *baring als zoodanig*, eveneens van belang geacht voor het tot stand komen van het corpus-carcinoom. Om verschillende redenen heb ik deze baringen bij boven vermelde patienten gesplitst in „gewone" baringen, d.w.z. waarbij v o l d r a g e n kinderen ter wereld werden gebracht, en de m i s k r a m e n. Het is zonder meer duidelijk, dat deze „geboorten" op het organisme van de vrouw in het algemeen en op hare genitaliën in het bijzonder, een geheel anderen invloed zullen uitoefenen dan de geboorten van voldragen kinderen. De aard van dien invloed moge wellicht voor beide gelijk te achten zijn, maar het g r a d u e e l e v e r s c h i l daartusschen, dus quantitatief, is m.i.

toch niet geheel te verwaarloozen. Hoeveel miskramen verloopen zoowel voor de betrokken vrouw, als voor derden (medicus) niet symptoom- en spoorloos, hetgeen van de geboorten van voldragen kinderen niet kan worden gezegd, alzoo niet bij vrouwen, die nog niet of heel weinig gebaard hebben, gelijk het meerendeel der vrouwen met corpus-carcinoom zijn.

Onder ons patienten-materiaal vond ik:

	10	vrouwen	met 1	kind
	9	,,	,, 2	kinderen
	10	,,	,, 3	,,
	14	,,	,, 4	,,
	4	,,	,, 5	,,
	4	,,	,, 6	,,
	–	,,	,, 7	,,
	5	,,	,, 8	,,
	1	vrouw	,, 9	,,
	2	vrouwen	,, 10	,,
	3	,,	,, 11	,,
	1	vrouw	,, 12	,,
en	1	,,	,, 13	,,

In totaal waren er dus 285 kinderen, zoodat het gemiddelde kindertal bij onze patienten bedroeg 2,87. STEWART en YOUNG vonden iets minder, n.l. 2,43.

Wat de miskramen betreft, hiervan troffen wij aan:

16	vrouwen	met 1	miskraam
10	,,	,, 2	miskramen
3	,,	,, 3	,,
3	,,	,, 4	,,
–	,,	,, 5	,,
1	vrouw	,, 6	,,

In het geheel werden derhalve 64 miskramen doorgemaakt, d.i. gemiddeld 0,64 abortus per persoon.

In evenredigheid met deze getallen kan de mogelijke invloed van de geboorte van een voldragen

kind, resp. de abortus op het tot stand komen van het corpus-carcinoom worden gedacht, m.a.w. die van de miskramen is in vergelijking met die der gewone baringen klein te achten.

Gaan wij over tot de bestudeering der **symptomen,** waaronder het carcinoma corporis uteri zich bij onze patienten voordeden, dan valt ons allereerst op, dat ook in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek de **genitale bloeding** in al haar variaties, zoowel wat qualiteit, als quantiteit, en hare periodiciteit betrof, als het voornaamste klinische verschijnsel van het carcinoma corporis uteri moet worden beschouwd. Als eerste symptoom werd ze waargenomen in 69 gevallen, d.i. in 69,,6 %. In 20 gevallen vormde ze het eenige kenteeken van het corpus-carcinoom.

In verband met den aard der bloedingen werd aangeteekend, dat ze zich o.a. voordeden als een versterkte menstruaal fluxus, dus een menorrhagie, en wel in 8 gevallen.

Boven is er reeds op gewezen dat deze menstruatie-type des te verdachter is voor het carcinoma corporis uteri, naarmate ze zich nog voortzet op een leeftijd, waarin de menses reeds lang plegen op te houden (boven het 50e jaar), onder ons patienten-materiaal in 39 gevallen.

Als onregelmatige uterus-bloeding, onregelmatig in verband met de hoeveelheden, zoowel als de duur dier bloedingen en de intervallen daar tusschen, wordt ze meer waargenomen, n.l. 51-maal (= 51,5 %).

Soms was ze slechts heel gering, niet meer dan een paar druppels bloed per dag (in 6 gevallen).

Een vleeschnatachtige afscheiding uit de uterus, welke door Fransche onderzoekers als typisch voor het carcinoma corporis uteri wordt beschouwd, vooral als het gepaard gaat met een eigenaardig foetor ex vaginam, kon ik slechts in 9 gevallen aanteekenen.

Des te typischer voor het corpus-carcinoom is boven genoemde bloeding, naarmate ze meer optreedt na het climacterium. Bij onze patienten traden ze in de menopauze op in 64 gevallen, d.i. in 64,6 %, waarvan 24 (24,2 %), reeds meer dan 10 jaren, (1 zelfs na 25 jaren), nadat de menses voor goed is opgehouden.

In verband met de differentieel-diagnostiek moge hier worden opgemerkt dat de bloedingen op zich zelf niet specifiek zijn voor het corpus-carcinoom.

Verschillende aandoeningen van de baarmoeder, heelemaal niet van malignen aard, kunnen gepaard gaan met bloedingen, ook al zijn ze klinisch er niet van te onderscheiden. Als voorbeeld hiervan moge worden genoemd het benigne adenoom van de baarmoeder (vide geval No. 8 van groep B). Vele gevallen van gewone hypertrophia mucosae necrobiotica (DRIESSEN) kunnen dezelfde uterusbloedingen geven als het carcinoma corporis uteri. Overigens moge worden verwezen naar hoofdstuk I.

In dit verband moge het volgende geval worden vermeld, dat, hoewel eveneens een maligne tumor van het baarmoederlichaam, toch geen carcinoom, en klinisch niet van het corpus-carcinoom te onderscheiden was.

Het betrof een vrouw. (H. M. No. 772, 1907) die 54 jaar oud was en na 2 jaar in menopauze te zijn geweest weer plotseling, zonder eenige haar bekende oorzaak, begon te vloeien.

Overigens had ze geen klachten. De **menstruatie** was geregeld, profuus geweest; begon op 12-, en eindigde op 52-jarigen leeftijd.

Ze had 7 kinderen gehad, en geen miskramen doorgemaakt.

Objectief werd bij haar gevonden een uterus, die een weinig vergroot was, doch verder geen bijzonderheden vertoonde.

Bij de **proefcurettage** werden verdachte weefselbrokken te voorschijn gehaald, welke bij microscopisch onderzoek zeer celrijk bleken te zijn, met verwijde vaten. De door vaginale hysterectomie verwijderde baarmoeder bleek histo-pathologisch **sarcoom** te bevatten.

In verscheidene gevallen (15) was de afscheiding min of meer stinkend. Of deze eigenaardige stank bij lijderessen aan corpus-carcinoom moet worden toegeschreven aan de daarbij

veelvuldig voorkomende fluor albus, hetgeen in 36 gevallen (36,3 %) kon worden vastgesteld, dan wel als een typisch symptoom van het carcinoom van het baarmoederlichaam moet worden beschouwd, is uit de ziektegeschiedenissen niet uit te maken.

Aan den eenen kant komt het niet altijd voor in gevallen, waar geen fluor te vinden, anderzijds wordt zij gemist in vele gevallen, waarbij de witte vloed heel duidelijk was.

Dat de afscheiding vaak vuilbloederig van kleur was door bijmenging met bloed, hoeft ons niet te verwonderen, waar immers in gevallen van carcinoma corporis uteri de fluxus als het cardinale symptoom mag worden opgevat.

Een ander voornaam verschijnsel van het carcinoma corporis uteri is de p ij n. Als e e r s t e symptoom werd ze in onze gevallen 14-maal waargenomen, dus minder als de bloeding. Als e e n i g e klacht bij onze corpus-carcinomen bleek ze nog zeldzamer te zijn, slechts in 1 % onzer gevallen.

Wat de a a r d en l o c a l i s a t i e dezer pijnen betreft, meestal werden ze aangegeven als onbepaalde „pijn in den onderbuik", nu eens rechts, dan weer links, vaker diffuus. Ze waren meestal niet uitstralend, zoodat ze zich als regel wel te onderscheiden waren van de algemeen bekende pijnen bij appendicitis, nier- resp. galsteenkoliek. Ook „pijn in de lendenen of het kruis" wordt, doch niet vaak, door deze patienten opgegeven. In 12 gevallen werd ze betiteld met k r a m p, c.q. w e e-a c h t i g, in 11 met k n a g e n d, en in 7 met s n ij d e n d. Een pijntype als door SIMPSON werd beschreven, ben ik niet vaak tegen gekomen, doch waarschijnlijk is daarop onvoldoende gelet.

De meeste onzer gevallen wisten echter van geen pijnen af.

In 1 geval werd het corpus-carcinoom bij toeval ontdekt, na den dood. (Geval No. 76). De klacht, waarmee de meeste patienten hulp bij den dokter zochten, was, evenals elders werd opgemerkt, de bloeding.

Andere bijzondere symptomen, eigen aan het carcinoma corporis uteri, waren er feitelijk niet. Slechts in 26 gevallen (26,2 %) werden a l g e m e e n e k l a c h t e n als hoofd-

pijn, duizeligheid, moe en slap gevoel, anaemische klachten, etc. waargenomen. In 1 geval was een pruritus generalis domineerend, waarvoor geen bekende oorzaak kon worden gevonden.

Overigens zagen de patienten er meestal gezond uit; velen van haar konden zich verheugen in het bezit van een sterk ontwikkelde panniculus adiposus.

In het kort, de algemeene habitus was in de meerderheid der gevallen van dien aard, dat niet in de eerste plaats aan een lijderes aan carcinoom behoeft te worden gedacht. Slechts in 15 gevallen werd door de patienten opgegeven, dat ze in den „laatsten tijd", een zeer rekbaar begrip, vermagerd waren, de een meer, de ander minder, terwijl 1-maal van een uitgesproken (carcinoom-) cachexie gesproken zou kunnen worden.

Gaan wij over tot de bestudeering der locale afwijkingen, in casu van de baarmoeder, dan bleek, dat bij objectief onderzoek de uterus in 27 gevallen (= 27,2 %) min of meer vergroot werd aangetroffen, hetzij relatief (in verband met den leeftijd, waarin ze seniel-geatrophieerd pleegt te worden gevonden), hetzij absoluut. Uit de beschrijving daarvan in de betreffende ziekte-geschiedenissen valt m.i. moeilijk af te leiden of deze vergrooting der uterus enkel en alleen op rekening te schuiven was van het daarin aanwezige, door groei in grootte toenemende neoplasma.

Nog moeilijker is het in exacte maten aan te geven of die vergrooting evenredig was met den groei, c.q. volume- toename, van den tumor. In vele, vooral de oudere gevallen, miste ik de hiervoor noodige patholoog-anatomische details der geëxstirpeerde uteri.

Deze kwestie wordt er niet weinig door gecompliceerd, doordat de uterus, waarin zich een carcinom bevindt, ook verkleind kan worden gevonden, onder onze gevallen 12-maal.

De grootte der baarmoeder varieerde tusschen „een weinig vergroot", resp. sinaasappelgroot, tot kinderhoofdgroot.

De consistentie der baarmoeders week niet veel af van de normale. Slechts in 4 gevallen werd ze als gedecideerd week, en in 5 als exquisiet hard aangegeven.

Wat de ligging van de baarmoeder aangaat, deze werd in 43 in ante-, en 13 gevallen in retroflexie, meestal niet gefixeerd, gevonden; 5 uteri waren in retroversie, en 2 in latero-positie.

Zonder nadere, vooral ook uitgebreidere gegevens lijkt het mij gewaagd toe deze liggings-afwijkingen in nauw, d.i. direct of indirect oorzakelijk verband te brengen met het carcinoma corporis uteri.

Ook het tegendeel zou ik momenteel om dezelfde reden niet kunnen bewijzen.

Een kwestie van geheel anderen aard is het tegelijkertijd voorkomen van het uterus-myoom en het corpus-carcinoom. Meerdere gronden zou men kunnen aanvoeren ter verklaring van dit samengaan. De een schrijft het toe aan een „hormonale dysfunctie" van het ovarium, (FRANKL), onder welken invloed het ontstaan van het corpus-carcinoom, zoowel als het myoom in de hand kan worden gewerkt. Anderen nemen aan een „erhöhten Tumorbereitschaft" by myomatosis uteri, terwijl VON FRANQUE dienaangaande beweert: *„Als Hauptursache der Carcinomentwicklung in Korpus bei Myomatosis betrachte ich aber auch hier — ähnlich wie an der Portio — die immer wieder einsetzenden und vor ihrer Vollendung immer wieder gestörten und neu aufgefachten unregelmäszigen Regenerationsvorgänge . . ."*

Deze en andere hypothese's latende voor wat ze zijn, schijnt er tusschen het corpus-carcinoom en het myoma uteri toch een zeker verband te bestaan, getuige de regelmatigheid, waarin ze in een bepaald percentage der gevallen tegelijkertijd worden aangetroffen.

Door sommigen wordt het zelfs als vaststaand aangenomen, (SCHILLER e.a.), dat de myomatasis uteri het tot stand komen van het carcinoma corporis uteri begunstigt, hetgeen o.a. statistisch zou zijn bewezen. Uit het materiaal resp. van TAUSSIG (volgens WEIBEL), WEIBEL,

GOEBEL, HOFMEYER, BUSCEMI, MAHLE, NORRIS en VOGT, FRANKL, KLAUS, DAVIS en VON FRANQUE, te zamen tellende 1004 gevallen van corpus-carcinoom, laat zich afleiden, dat het carcinoom van het baarmoederlichaam in 20,4 % met het myoom verbonden was.

MARINO vond deze combinatie in 10—20 % der gevallen, terwijl WALTER onder 60 geopereerde corpus-carcinomen er 12 gecombineerd zag met een myoom, waarvan er 8 zeker (microscopisch aangetoond) in nauw verband stonden met het carcinoom, d.i. in 13 %.

In de 80 operatief verwijderde baarmoeders met corpus-carcinoom werden er in onze gevallen slechts 15-maal een m y o o m gevonden, d.i. in 18,7 %; een getal, dat dus vrijwel overeen stemt met de boven aangehaalde cijfers.

Het waren meestal slechts kleine subsereuse, intramurale, dan wel submuceuse myomen, soms zelfs zoo klein, dat ze eerst na de hysterectomie werd gediagnosticeerd. In geen enkel geval kon echter met stelligheid worden vastgesteld, dat de gevonden maligne degeneratie van den uterus haar oorsprong had in die myomen. In enkele (5) gevallen hingen ze als een klein poliepje buiten het orificium externum uteri.

In de meeste gevallen waren er, behalve het carcinoom, geen andere afwijkingen in het baarmoederlichaam aangetroffen.

Het collum uteri resp. de portio benevens het ostium externum vertoonden evenmin abnormaliteiten, welke aanleiding zou geven tot bijzondere opmerkingen. De daarin gevonden afwijkingen zijn te verklaren door de doorgemaakte partus (sen).

Van de adnexa viel iets meer te vertellen, n.l., dat 5-maal de parametria verdikt (en) of verkort, geïnfiltreerd, werden gevonden, terwijl in 2 gevallen de ovaria bij bimanueel onderzoek onpijnlijk vergroot werden gevoeld.

Bij 3 patienten was een onmiskenbare c o l p i t i s s e n i l i s aanwezig, welke echter voor de differentieel diagnose geen moeilijkheden gaf.

Het speculum-onderzoek leverde, hetgeen te verwachten was, niet veel belangrijks op. Bij het corpus-carcinoom kon daarmee hoogstens de fluxus uit het ostium externum uteri worden beoordeeld.

Meestal werd in aansluiting op deze inspectie de **proefcurettage** verricht, welke, gelijk boven is uiteengezet, het beslissende hulpmiddel is voor de (ook klinische) diagnosestelling van het carcinoma corporis uteri.

Het aspect van het weefsel, dat daarmede wordt verwijderd, kan van dien aard zijn, dat de verdenking op corpus- carcinoom er door versterkt wordt. In onze gevallen bestond dit „verdachte weefsel" uit brokkelig uterusslijmvlies, met hier en daar wittige plekken, dan wel uit grootere en kleinere slijmvlieslamellen, welke een verdacht karakter droegen, of het waren reeds duidelijke tumorweefselstukken, welke niet meer op slijmvlies geleken.

Een dergelijke proefcurettage-materiaal hebben wij 32-maal kunnen opteekenen, bij in het geheel 91 proefcurettages.

Gelijk gezegd waren bij de 99 boven beschreven gevallen de diagnose volkomen bevestigd door het microscopisch onderzoek, waarbij gevonden werd aan:

adeno-carcinoma	51-maal
carcinoom (zonder nadere differentiatie)	13- „
Epithelioom	3- „
adenoma malignum	15- „
adenoma malignum destruens	2- „
Carcinoma alveolare	12- „
„ solidum	2- „
Basaalcel-carcinoom	1- „

Uit boven staanden staat moge blijken, al schakelen wij de rubriek „carcinomen zonder nadere differentiatie" uit, waaronder wellicht ook nog adeno- carcinomen behoorden, dat dit type corpus-carcinoom als het meest gewone moet worden beschouwd (39, 3%).

In volgorde der frequentie volgde dan het adenoma malignum, waarvan 2 een uitgesproken destrueerend karakter vertoonden.

Het carcinoma alveolare kwam iets minder voor, terwijl het basaalcel-carcinoom, het carcinoma solidum en het epithellioom in het cavum uteri als zeldzaamheden konden worden beschouwd.

Ten einde te trachten een algemeenen indruk te krijgen omtrent de m a l i g n i t e i t der verschillende bovengenoemde vormen van corpus-carcinoom heb ik de p r i m a i r e m o r t a l i t e i t, waarmee bedoeld wordt, dat de dood afhankelijk gesteld wordt van den tumor als zoodanig, nagegaan en ze in getallen uitgedrukt, het resultaat waarvan in onderstaande tabel moge worden gevonden (zie blz. 133):

Ik ben mij wel bewust, dat een „toestand", in casu „het maligne zijn" welke zeer relatief is, in wezen zich nooit laat omzetten in getallen, zoodat de uitkomsten van dergelijke vergelijkingen steeds voor discussie vatbaar blijven, dus altijd met de vereischte critiek dient te worden geïnterpreteerd.

Doch waar ik momenteel geen beter hulpmiddel daarvoor weet, en dit mij het eenvoudigste lijkt voor mijn doel, n.l. slechts een indruk te krijgen van de maligniteit der verschillende carcinoom-vormen, moge met de hier gevolgde methode genoegen worden genomen.

Uit bovenstaande tabel zou b.v. mogen worden afgeleid, dat het basaalcel-carcinoom van het baarmoederlichaam het meest kwaadaardig is, n.l. met een primaire mortaliteit van 100 %, doch helaas was dit soort beperkt gebleven tot dit eene geval, en in een statistiek als deze is 1 ..... geen! Daarna volgt het adenoma malignum destruens (primaire mortaliteit 50 %). Ook hier stuitten we in de 1e plaats op het geringe aantal.

Een andere moeilijkheid is, waar in dit geval (sub g.) bij de sectie een algemeene peritonitis na de operatie werd gevonden, waaraan de dood eigenlijk zou moeten worden toegeschreven, aan de peritonitis als zoodanig of de tumor. Plausibel zou het zijn aan te nemen, dat de algemeene buikvliesontsteking daarvoor de schuldige was. Echter zou daartegen geopperd kunnen worden, dat het primaire, dus de hoofdschuldige, toch de tumor was, in dien zin, dat juist door zijn grootere maligniteit het weerstands-vermogen van

Nog in leven na:	AARD VAN HET CORPUS-CARCINOOM: Adeno-carcinoom	Carcinoom (zonder nadere differentiatie):	Epithelioom:	Adenoma malignum:	Adenoma malignum destruens:	Carcinoma alveolare:	Carcinoma solidum:	Basaalcel-Carcinoom:	Opmerking:
1 jaar	6	2	1	2	—	1	—	—	*a.* Enkele minuten tot 21 dagen na de behandeling.
2 „	2	—	—	—	—	—	1	—	*b.* Door long-embolie, onmiddellijk na de operatie, respect, inoperabiliteit.
3 „	4	—	—	—	—	—	—	—	*c.* Long-embolie.
4 „	1	—	—	2	—	—	1	—	*d.* Eenige minuten na de operatie.
5 „	1 } 41,9%	1 } 30,7%	—	— } 33,3%	—	4 } 66,6%	—	—	*e.* 1 dag na de operatie, respect. 74 jaar oud, slechte algem. toestand thrombose, embolie.
meer dan 5 jaar	20 }	3 }	—	5 }	—	4 }	—	—	*f.* Algemeene peritonitis.
Primaire [a] mortaliteit:	(b) 5 (9,8%)	(c) 2 (15,3%)	(d) 1 (33,3%)	(e) 4 (26,6%)	(f) 1 (50%)	—	—	(g) 1 (100%)	*g.* Inoperabiliteit.
Onvindbaar:	12	5	1	2	1	3	—	—	
Totaal	51 (51,5%)	13	3	15	2	12	2	1	

het organisme, waarin de tumor zat, zoodanig verzwakt was, dat het de in aansluiting aan de operatie zich ontwikkelde peritonitis niet den baas kan blijven. Wie zal het uitmaken!

Deze beschouwingen gelden mutatis mutandis voor de gevallen, sub f. bedoeld, ten aanzien van den hoogen leeftijd van de patiente, en de gevallen b.v., waarbij de dood vrijwel onmiddellijk na de operatie optrad (Shock?). Ze gelden m.i. echter niet voor wat betreft de embolieën in de longarterie als doodsoorzaak. Immers ook bij van te voren (voor onze grove waarneming) gezonde individuen is de mortaliteit daarbij zeer hoog.

Theoretisch zou de zuiverste weg zijn de vergelijking van gelijke, liefst groote hoeveelheden dier verschillende vormen, onder overigens gelijke omstandigheden, welke onbehandeld aan zich zelf worden gelaten, en sterven aan niet-intercurente ziekten. Practisch zal dit natuurlijk nooit mogelijk zijn.

Een beter punt van uitgang voor de beoordeeling der maligniteit met betrekking tot den (histologischen) aard van het carcinoma corporis uteri zijn waarschijnlijk de overlevenden van de lijderessen aan het corpus-carcinoom. Ook dit is slechts relatief, daar het er maar van af hangt welk tijdstip men neemt. Vandaar dan ook dat als grens, 5 jaar wordt aangenomen, mede door de ervaring geleid, dat als regel na 5 jaar de betreffende maligne tumor (na exstirpatie) niet meer recidiveert. Wij hebben echter boven gezien, dat dit geen regel is zonder uitzondering.

De getallen, met in achtneming dezer moeilijke eigenaardigheden, zijn op die wijze verkregen echter wel bruikbaar, zij het niet altijd even betrouwbaar.

In dit optimistische pessimisme sta ik niet alleen.

VON FRANQUE [1]) zegt met betrekking daarop: „*Meiner Erfahrung nach kann mann aus dem histologischen Bilde über die Prognose* (hetgeen in nauw verband staat met den bouw, c.q. den aard van de tumor) *nicht mehr entnehmen, als die sehr alte und fast selbstverständliche Beobachtung, dasz sehr zellreiche, mit zahlreichen Mitosen, darunter vielen atypischen,*

---

[1]) in W. STOECKEL, Hb. der Gyn., VI, 1e helft, 1930, blz. 181.

verschene, stark anaplastische unreife Formen bösartiger sind als die ganz ausgereiften, weniger oder fast nur normale Kernteilungsfiguren oder ihre Vorstadiën (PALUGYAY) zeigenden, der normalen Gewebsanordnung am Nächsten kommenden Formen".

In dit licht bezien zijn in onze gevallen het minst maligne te noemen het carcinoma alveolare, op den voet gevolgd door het adeno-carcinoom. Iets kwaadaardiger is het adenoma malignum, terwijl als hoogst maligne dan aangemerkt moet worden respect. het basaalcel-carcinoom, het adenoma malignum destruens en het epithelioom. Volgens DRIESSEN gaf het adenoma malignum een betere prognose dan het adeno-, en alveolair carcinoom [2]), althans bij de geopereerden.

Hierbij dient in aanmerking te worden genomen, dat niet alle patienten, die vroeger dan het 5e jaar van den observatietijd overleden waren, aan carcinoom behoefden te zijn gesuccombeerd, m.a.w. de boven genoemde resultaten zijn op zijn ongunstigst uitgevallen.

Omtrent de doodsoorzaken dezer patienten, die in de grootere meerderheid der gevallen thuis waren gestorven, kon ik geen inlichtingen krijgen. Het „Bevolkingsbureau", waartoe ik mij ter zake heb gewend, kon ze mij niet verstrekken. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de hetgeen ik zou willen noemen „onvindbaren". Dat zijn patienten van wie ik bij het afsluiten van dit proefschrift niet de minste informaties heb kunnen inwinnen; meestal waren deze uit de gemeente vertrokken zonder achterlating van adres. In het geheel vormden deze personen een groep van 24 patienten van wie 10 met adeno-carcinoom.

Gaan wij over tot de bespreking der **therapie**, welke bij deze groep van patienten der Amsterdamsche Vrouwenkliniek (deels onder Prof. TREUB, deels onder Prof. VAN ROOY) werd toegepast, dan valt allereerst te vermelden, dat er verricht werden de:

---

[2]) Vide zijn conclusie sub 7 en 8.

a. Vaginale hystrectomie	in	32	gevallen
b. Abdominale uterus-exstirpatie	„	37	„
c. Operatie volgens WERTHEIM	„	2	„
d. Vaginale hysterectomie + Röntgenbestr.	„	2	„
e. Abdominale uterus-exstirpatie + Röntgenbestraling	„	6	„
f. Röntgenbestraling (zonder meer)	„	2	„
g. Radiumbestraling (zonder meer)	„	2	„
h. Vaginale hysterectomie + Radiumbestraling	„	1	geval
i. z.g. Chemische uterus-exstirpatie (met chloorzink)	„	5	gevallen
j. Idem en Röntgenbestraling	„	4	„
k. Geen behandeling	„	6	„

De indicatiestelling der boven genoemde behandelingsmethoden week niet veel af van de algemeen geldende.

Wat de WERTHEIM'sche operatie betreft, hiervoor hadden hoofdzakelijk de uitbreiding van den tumor in de omgeving gegolden, bij de Röntgenbestralingen speelde de ver gevorderde leeftijd der patienten (van de meesten om en bij het 60e jaar), waarbij de algemeene toestand een operatieve ingreep niet toeliet, en het feit, dat de uitbreiding van den malignen tumor een dusdanigen graad had aangenomen, dat in weerwil van de (radicale) operatie toch nog gevreesd moest worden voor een herhaling der ziekte, een groote rol bij het bepalen der in die gevallen te volgen gedragslijn. In hoe verre de aard van het neoplasma als zoodanig daarbij als factor tot het toepassen der Röntgenbestraling heeft gegolden, heb ik niet uit de ziektegeschiedenissen kunnen destilleeren.

Genoeg zij hierbij de mededeeling dat de 10 series van Röntgenbestralingen werden gegeven bij niet minder dan 7 gevallen van adeno-carcinoom, terwijl de 3 andere gevallen betroffen resp. 2 maligne adenomen en 1 carcinoom (zonder differentiatie).

Ik vermoed, dat het niet zoo'n gewicht in de schaal heeft gelegd, waar immers de meeningen omtrent het al of niet

radio-sensibiliteit van een bepaalde soort tumor nog zeer verdeeld zijn. Terwijl b.v. CORDUA meent, dat de Röntgenbestraling beter vat heeft op de meer rijpere vormen van het carcinoom, verklaarde de school van DOEDERLEIN (BOHM en ZWEIFEL) juist het carcinoma medullare met zeer onrijpe cellen voor de gunstigste, de hooggedifferentieerde, tot verhoorning neigende carcinomen voor de ongunstigste objecten de stralenbehandeling.

VON FRANQUE daarentegen zegt dat de aard van het carcinoom er minder toe af doet aan het verkregen resultaat met de bestralingstherapie, doch dat dit slechts afhangt van de hoegrootheid der uitbreiding van den malignen tumor.

De r a d i u m behandeling werd in onze gevallen toegepast bij vrouwen op hoogen leeftijd, resp. 71 en 79 jaren. Bij de laatste was het parametrium bovendien geïnfiltreerd. In 1 geval werd ze na een vaginale hysterectomie, waarschijnlijk bij een recidief (No. 77) geappliceerd.

Het chloorzink, de z.g. c h e m i s c h e u t e r u s-e x s t i r p a t i e, vond in 10 gevallen toepassing, waaronder 4-maal gecombineerd met Röntgenbestraling. Ook hier golden hoogen leeftijd en slechten algemeenen toestand van de patienten (vermagering, resp. cachexie albuminurie, emphysema pulmonum, chronische bronchitis etc.), bij wie dus verwacht werd, dat ze de operatieve uterus-exstirpatie niet ongestraft zouden kunnen doorstaan, als de indicatie tot het appliceeren van dit geneesmiddel. De patienten, die op deze wijze behandeld werden, hadden minstens een leeftijd van 50 jaar; het hoogste was 74 jaar.

Ons rest nu nog na te gaan hoe de **r e s u l t a t e n** zijn der boven genoemde behandelingsmethoden, toegepast gedurende de laatste 25 jaren in de A m s t e r d a m s c h e U n i v e r s i t e i t s-V r o u w e n k l i n i e k.

Voor het overzicht heb ik ze verzameld in het hieronder volgende staatje (zie blz. 138):

Hierop moge de opmerking volgen, dat evenals elders, dit ter eventueele vergelijking, als grens van „genezing" ook hier wordt aangenomen den observatie-tijd van 5 jaren, zonder recidief. Dan blijkt, dat bij onze gevallen de v a g i-

Resultaat na:	VERKREGEN MET DE BEHANDELINGSMETHODE:											Opmerking:
	Vaginale hysterectomie	Abdominale uterusexstirpatie	Operatie volgens **Wertheim**	Vaginale hysterectomie en Röntgenbestraling	Abdominale uterusexstirpatie Röntgenbestraling	Röntgenbestraling	Radiumbestraling	Vaginale hysterectomie en Radiumbestraling	z.g. Chemische uterusexstirpatie	z.g. Chemische uterusexstirpatie en Röntgenbestraling	Geen behandeling	
1 jaar	1	3	—	—	1	—	1	—	1	4	2 (a)	*a.* Operatie geweigerd en inoperabiliteit.
2 „	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*b.* Inoperabiliteit.
3 „	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1 (b)	*c.* Inoperabiliteit en longembolie.
4 „	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	*d.* Geen inlichtingen te verkrijgen.
5 „	1	2	1	—	—	1	—	1	1	—	—	*e.* In aansluiting aan de operatie, 5 dagen na de ingreep, embolie, respect. 8 dagen na de operatie (algem. peritonitis).
Meer dan 5 jr.	18 — 59,4%	11 — 35,1%	1 — 50 %	—	—	1 — 50 %	—	1 — 50 %	1 — 20 %	—	—	*f.* Respect: 1 dag na de operatie (hartparalyse); 9 dagen na de operatie (long-embolie); 2 dagen na de operatie (long-embolie): 3 dagen na de operatie (long-embolie) en eenige minuten na de operatie (epithelioom); 27 dagen na de operatie (thrombose v.d. v. iliaca, longembolie).
Primaire mortaliteit:	(e) 3 (9,4%)	(f) 6 (16,7%)	(g) 1 (50%)	—	—	—	—	—	(h) 1 (20%)	—	2 (c)	*g.* Inoperabiliteit.
Onvindbaar:	6	11	—	1	4	—	1	—	2	—	1 (d)	*h.* 74 jaar oud en slechte algem. toestand.
Totaal:	32	37	2	2	6	2	2	1	5	4	6	

nale hysterectomie het verreweg wint van de andere operatieve methoden, m.n. van de abdominale uterus-exstirpatie, respect. de operatie volgens WERTHEIM, welke vanwege het geringe aantal voor de vergelijking gevoegelijk buiten bespreking moge worden gelaten, ook al zou men de operabiliteit der gevallen daarbij in het geding brengen, daar zij met uitzondering van de laatste methode vrijwel gelijk te achten zijn, d.w.z. zoowel bij de vaginale, als bij de abdominale uterus-exstirpatie nadert die locale operabiliteit der gevallen vrij dicht de 100 %. De vaginale hysterectomie werd 6-maal verricht in gevallen, waarbij bij de operatie metastasen bleken te bestaan, de abdominale uterus-exstirpatie eveneens in 6 gevallen onder die omstandigheden.

Wellicht ten overvloede moge hierbij de aandacht er op worden gevestigd, dat de vrouwen, die binnen 5 jaar zijn gestorven, mogelijk ook aan andere ziekten dan carcinoom van het baarmoederlichaam gesuccombeerd kunnen zijn. Zoo ook de patienten, van wie bij het afsluiten van dit proefschrift geen inlichtingen waren te verkrijgen omtrent haar lot sinds de laatste behandeling van haar corpus-carcinoom (de z.g. onvindbaren). M. a. w. de gunstige uitkomsten met de vaginale hysterectomie bereikt, zooals die hier in cijfers wordt uitgedrukt, zijn dus nog wat aan den lagen kant. Dit geldt mutatis mutandis natuurlijk ook voor de abdominale uterus-exstirpatie.

In aansluiting hieraan moge worden gewezen op de geringere procentage der primaire mortaliteit bij de vaginale hysterectomie, in vergelijking met de abdominale operatie t.w. 9.4, respect 16.7 %.

Professor VAN ROOY heeft mij er op gewezen, dat de techniek van deze operatie, in handen van geoefenden, belangrijk eenvoudiger is dan de uterus-exstirpatie per laparotomie; ze kan binnen 10 minuten voleindigd zijn. Bovendien beteekent het openen der peritoneale holte van den kant van den buik voor de patiente toch altijd een grootere ingreep dan die in het min of meer afgesloten cavum Douglasi. Het is dan ook niet enkel toevalligheid, dat bij vaginale

hysterectomieën als regel weinig of geen peritoneale prikkeling wordt waargenomen, zooals de ervaring in de Amsterdamsche Vrouwen-kliniek geleerd heeft. Wellicht in verband hiermee ondervonden de patienten dan ook heel weinig of geen hinder van de operatie; over pijn, welke afhankelijk zou moeten worden gesteld van de operatie als zoodanig, werd weinig geklaagd, zooals ik er mij in een paar gevallen zelf van heb kunnen overtuigen.

Wat de overzichtelijkheid van het operatieterrein betreft, deze zou bij de vaginale hysterectomie verhoogd kunnen worden door een juiste belichting, een deskundige assistentie, die met beide oogen en het volle verstand „mee opereert", en andere technische hulpmiddelen.

't Is om boven genoemde redenen, waarom het mij niet duidelijk is, dat deze gynaecologische operatie-methode niet de sympathie mag wegdragen van alle gynaecologen.

Ter vergelijking moge hier worden aangehaald de tabel, samengesteld door DRIESSEN:

	Gevallen, meer dan 5 jaar waargenomen:				
	Aantal	Gestorven	Recidief	Genezen	In %
DRIESSEN:					
Vagin. operatie	10	2	2	6	60 %
Abdom. „	17	2	2	13	76,5 %
Wertheim	2	1	1	—	0 %
Vag. + abd.	1	1	—	—	0 %
	30	6	5	10	63,3 %
WEIBEL:					
Vagin. operatie	22	0	9	13	59 %
Abdom. „	9	2	4	3	33 %
Wertheim	10	3	2	5	50 %
Supra- vaginale amputatie	2	0	1	1	50 %
	43	5	16	22	51,2 %

Ook WEIBEL dus verkreeg blijkens dezen staat met de vaginale hysterectomie betere uitkomsten dan met de abdominale uterus-exstirpatie, respect. 59 en 33 %.

Men begrijpe mij niet verkeerd: Ook de abdominale weg van uterus-exstirpatie heeft zijn goede hoedanigheden. Op het geschiktste moment en op de juiste wijze toegepast, kan zij zonder eenigen twijfel van veel nut zijn, hetgeen o.a. ook moge blijken uit onze verkregen uitkomsten. In 35.1 % der gevallen gaf ze toch een goed resultaat, nog afgezien van het aantal der z.g. onvindbaren, en dat van de vrouwen die vroeger dan 5 jaar zijn overleden.

Met het bovenstaande wilde ik aan de hand van de boven medegedeelde uitkomsten, slechts doen uitkomen, dat bij goede indicatiestelling en gelijke omstandigheden de vaginale hysterectomie niet hoeft achter te staan bij de abdominale.

Onnoodig is het misschien te zeggen, dat ook in dit gedeelte der gynaecologie nog altijd geldt: „De geneeskunst is geen Schablone-werk!"

Ik heb er van afgezien de uitkomsten der operatieve methode te vergelijken met die, welke met de Röntgen- (Radium)-bestraling, respect. de chemische uterus-exstirpatie, verkregen zijn. Onze getallen, vooral der laatst genoemde behandelingswijzen, zijn te klein, dan dat ze die vergelijking, zonder grove fouten, zouden kunnen toelaten.

Het moge derhalve worden volstaan met een algemeene opmerking, gebaseerd op die paar gevallen, waarop boven werd gedoeld, in dien zin, dat wat betreft de resultaten met de bestralingstherapie met Röntgen-, c. q. radium-stralen verkregen, men geenerlei zekere conclusies mag trekken met betrekking tot het corpus-carcinoom, en wat aangaat de behandeling met chloorzink-pasta, deze m.i. nog een toekomst kan hebben, althans in die gevallen, waar ze dient aangewend te worden, t.w. bij zeer oude vrouwen met een slechten, algemeenen toestand, welke geen enkele operatieve ingreep gedoogt.

Bij deze en dergelijke menschen een winst van ruim 20 % genezingskans te kunnen boeken is toch waarlijk niet gering te achten.

Een toetsing aan ons patienten-materiaal van de uitkomsten, door voorstanders der Röntgen-stralentherapie (DOEDERLEIN en zijn school) verkregen, kan om boven genoemde redenen natuurlijk voorloopig geen sprake zijn.

Wat de uitvoering der achtereenvolgens genoemde methoden aanbelangt, zij werden in het algemeen op de gewone, typische wijze, zooals ze in haast alle hand- en leerboeken te vinden zijn, verricht, waarom ik mij van de noodzakelijkheid verschoond achtte ze hier in den breede te beschrijven.

Aan het slot van dit hoofdstuk moge ter completeering nog worden vermeld de: bijzonderheden, welke bij de operatie voor den dag zijn getreden: In 11 gevallen was het carcinoom van het baarmoederlichaam min of meer over gegaan op de omgeving, als regel het parametrium. Slechts in 1 geval was de uitbreiding zoo groot, dat het ook in de para-aortale lymphekliereu kan worden aangetoond. Deze patiente was dan ook binnen het jaar gesuccombeerd, ondanks de „WERTHEIM".

Bij 2 patienten bleek de uteruswand buitengewoon bros te zijn, zoo, dat hij bij de manupulatie tijdens de operatie afscheurde.

In een ander geval vond men troebel vocht in de buikholte, terwijl enkele darmlussen vergroeid bleken te zijn met den achterwand van den uterus.

Ook werd er in 1 geval gevonden een adnexitis duplex, terwijl de ovaria vergroeid waren met de in de buurt liggende darm.

In een ander geval waren de ovaria zoo vast met de omgeving vergroeid, dat het een onmogelijkheid bleek te zijn ze in toto te verwijderen zonder beschadiging van het milieu, hetgeen niet afhankelijk was van metastasen in die ovaria: patiente verkeert tot op heden in een blakende gezondheid.

Over de z.g. **chemische uterus-exstirpatie,** welke in het geheel 10-maal werd toegepast, moge slechts nog enkele

woorden worden gezegd. Een er van was onder behandeling gekomen met een recidief, waarbij een abdominale totale uterus-exstirpatie moest worden verricht (Geval No. 93).

Gebruikt werd een chloorzinkpasta volgens het recept van MENDES DE LEON, zooals die is opgegeven op blz. 60.

Omtrent de indicatie-stelling is reeds het een en ander medegedeeld. Voor de beoordeeling der resultaten, mag, strikt genomen, slechts 1 geval (No. 22) in beschouwing worden genomen. Deze patiente is n.l. eerst 15 jaren na de laatste behandeling met chloorzink aan een intercurente ziekte overleden.

In 1 geval is patiente overleden binnen ruim 1 jaar, waarbij echter niet gedecideerd vermeld werd aan een carcinoom-recidief. Dit is wel geschied in geval No. 93. Van 2 dezer patienten konden wij geen inlichtingen bekomen, terwijl de rest nog pas kort (minder dan 1 jaar) geleden de behandeling achter den rug hadden. Eén van de 4 laatsten kreeg na 3 maanden recidief (in de vagina), terwijl de anderen in uitstekenden staat verkeeren. Tot nu toe zijn ze zonder recidief gebleven. Voor het overzicht dezer resultaten moge achterstaande tabel dienen (zie blz. 144).

Geval No.	Leeftijd:	Aard van het corpuscarcinoom:	Algemeene toestand:	Bijzonderheden:
22	42 jr.	Adenoma malignum.	Emphysema pulmonum en chronische bronchitis.	In 1926 overleden aan bronchopneumonie; 15 jaar lang zonder recidief.
24	58 „	Adenocarcinoma,	Hartkloppingen, dyspnoe d'effort.	Onvindbaar.
36	50 „	Carcinoma alveolare.	Zeer verzwakt.	„
87	70 „	Adenocarcinoma.	Slecht: cachexie, albuminurie.	Na ruim 1 jaar overleden. (Doodsoorzaak onbekend).
92	74 „	Adenoma malignum.	Sterk vermagerd, slechte algem. toestand, aortitis, luetica, myodegeneratio cordis.	Na 15 dagen overleden — longembolie.
93	62 „	Epithelioom	Sterke adipositas.	Na 6 maanden recidief, later abdominale uterus-exstirpatie. Eenige minuten na de operatie overleden.
94	65 „	Adenocarcinoma	„	In Mei 1930: nog steeds klachten (behandeling in 1929). Objectief geen afwijkingen.
96	71 „	„	„	In Mei 1930 nog steeds klachten: vloeiïng. Recidief in vaginakoepel.
97	71 „	„	Goed.	In Mei 1930: uitstekend, geen klachten.
98	57 „	„	Sterke adipositos.	Idem.

Groep B. (Verdachte gevallen):

Gelijk boven is aangestipt bestaat deze groep uit 15 gevallen, waarvan de klinische symptomen een overwegende rol hebben gespeeld bij de vaststelling der diagnose carcinoma corporis uteri. Ook het microscopische praeparaat gaf daarbij den noodigen steun, doch was ze toch niet beslissend, wijl ze niet het beeld van gedecideerd carcinoom gaf. Bij alle was dit evenwel verdacht!

Hieronder moge volgen de beknopte ziektegeschiedenissen der boven bedoelde patienten:

1907.

1. H. M. No. 237. Polikliniek: No. 134/1907. Oud 53 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken, duur: 6 dagen. Begin op 14-jarigen leeftijd. Profuus, zonder coagula. 't Laatst op den leeftijd van 51 jaar.

Aantal zwangerschappen: 15; aantal geboorten: 11; aantal miskramen: 4.

Verschijnselen: 11/IV 1907. 3 weken geleden lichte vloeiïng, 13 dagen later heel sterk. **Objectief onderzoek:** Profuse fluxus met coagula. Portio naar links diep ingescheurd. Corpus uteri vergroot, hard, bewegelijk; linker parametrium pijnlijk. Ruptura perineï. **Proefcuretage:** Meerlagig sterk woekerend epitheel + ontsteking. Zeer verdacht. In verband met de klinische gegevens als maligne beschouwd. (Laboratorium-nummer 3158).

Klinisch diagnose: Carcinoma uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop 4/V 1907. 9 dagen na de operatie overleden. (**Sectieverslag:** Myodegeneratio cordis. Lichte parenchymateuze degeneratie van nieren en lever. Hypostase van de onderkwabben der longen. Lichte peritonitis in de omgeving van de vagina. Intestina op een paar plaatsen met veel beslag. Geen vaatsklerose).

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 25/IV 1907 van den geëxstirpeerden uterus: Hierin **geen carcinoom aanwezig.** (Laboratorium-nummer 3173). In de lumbale lymphekliеren **geen carcinoom** (laboratorium-nummers 3157—3173).

1909.

2. H. M. No. 943. Oud 51 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de 4 weken, duur: 6 dagen. Begin: onbekend, profuus, soms met coagula, af en toe met pijn. Aantal zwangerschappen: 12; aantal geboorten: 8; aantal miskramen: 4.

Verschijnselen: 28/XII 1909. Sedert 6 weken pijn in de linkerzijde, benevens vloeiïngen, welke bij bewegingen en defaecatie en bij coïtus verergeren. Sterke fluor albus.

Objectief onderzoek: Uterus hard, in anteflexie en dextropositie. Portio hard. Cervikaal kanaal open. Bij curettage komen witte brokjes te voorschijn. In den achterwand is de uterus ongelijkmatig. **Proefcurettage: Sterke meerlagigheid** van het oppervlakkige epitheel. (Cavé!!!) (laboratorium-nummer 4484).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Curettement.

Verloop: 10/I 1910 ontslagen.

1910.

3. H. M. 262. Polikliniek: No. 333/1905. Oud 54 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** altijd goed geweest, overigens geen bijzonderheden.

Verschijnselen: 21/V 1906. Sinds 1 week weer erge vloeiïngen. Uterus vergroot, in retroversie, pijnlijk. 8/IV 1910: Sinds 4 maanden amenorrhoe, de laatste 7 dagen weer vloeiïngen. Rommelingen in den buik, hoofdpijn. Den laatsten tijd sterk vermagerd.

Objectief onderzoek: Portio geen afwijkingen; uterus in retroversie vergroot. Linker ovarium duidelijk voelbaar, iets vergroot, de rechter is normaal. Bij curettage worden veel slijmvlies-lamellen + veel dun bloederig vocht te voorschijn gehaald.

Proefcurettage: Klierepitheel meerlagig en **onrustig,** doch **niet duidelijk maligne.** Cavé!!! (laboratorium-nummer 4775).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Curettage.

Verloop: 20/IV ontslagen.

In Mei 1930. Algemeene gezondheidstoestand uitstekend; geen spoor van klachten meer gehad.

1912.

4. H. M. No. 637. Oud 47 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld, duur: 4—5 dagen. Begin op den leeftijd van 13 jaar. Den laatsten tijd sterk, met coagula.

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 5; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 16/VIII 1912. Sinds 14 dagen heftige vloeiïng, nadat patiente in 3 maanden niet gemenstrueerd had. Fluor albus.

Objectief onderzoek: Buik geen afwijkingen.. Genitalia externa van een multipara. Prolaps van den voorsten en achtersten vaginaalwand. Uterus in maximale retroflexie, reponibel. Ostium externum open. Binnenkant van het cervikaal kanaal is zeer onregelmatig. In de cer-

vix bevindt zich een erwtgroot myoomknobbeltje. Bij curettage verkreeg men brokkelig slijmvlies.

Microscopisch onderzoek: Onrustig, meerlagig epitheelweefsel (laboratorium-nummer 5984). Cysteuse uitzetting der klieren. Necrotische, (hyaline?) ontstoken, circumscripte haarden. Cave!!!

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: Gunstig. 30/IX 1912 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 4/IX 1912. Van den uterus: **Endometritis, geen carcinoom** gevonden. (Laboratorium-nummer 5984c). Niet maligne, hyaline veranderingen in sommige verdikte vaatwanden. Klieren met meerlagig epitheel bekleed, dat echter **geen onrustigen** indruk maakt. (Laboratorium-nummer 5984b).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand uitstekend. Overigens geen bijzonderheden.

5. H. M. No. 206. Polikliniek: No. 261/1912. Oud 60 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken. Begin op 19-jarigen leeftijd. Vrij profuus, met coagula. 't Laatst op een leeftijd van 51 jaar.

Aantal zwangerschappen: 7; aantal geboorten: 7; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 8/III 1912: voor 3 maanden stinkende fluxus. Daarna voortdurend weer bloedingen met stinkende afscheiding. Den laatsten tijd vermagerd. Pijn in den rug.

Objectief onderzoek: Buik geen afwijkingen. Genitalia externa van een multipara. Portio geen afwijkingen; uterus in anteflexie, zeer klein.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri (geen proefcurettage wegens fragiliteit van den uterus).

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Gunstig. 29/III 1912 genezen ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 9/III 1912 van den **verwijderden uterus:** zeer sterke **endometritis senilis.** Op enkele plaatsen klier-epitheel gewoekerd wat onrustig. **Geen carcinoom.** Bloedvaten met veel verkalking van de media (laboratorium-nummer 5808).

1915.

6. H. M. No. 319. Oud 45 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur 5—8 dagen. Begin op 19-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 6/IV 1915. Sinds 1 jaar ongeregelde fluxus. Geen fluor albus.

Objectief onderzoek: Patiente is zeer anaemisch. Abdomen: geen afwijkingen. Genitalia externa van een multipara. Portio vast. Ostium externum gesloten. Corpus uteri in retroflexie wat vergroot, rechter dito: geen afwijkingen. Bij curettage zeer veel gezwollen slijmvlies naar buiten gebracht.

Microscopisch onderzoek: Sterk verwijde klieren, met meerlagig epitheel; op één plaats **metaplasie van het klierepitheel,** dat **zeer verdacht is op maligne degeneratie.** Epithelioma corporis uteri? Cavé!! (Laboratorium-nummer 7343).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 15/IV 1915 van den uterus: klieren met meerlagig epitheel bekleed, **doch van epithelioma nu niets meer aanwezig.** (Laboratorium-nummer 7360).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Overigens geen bijzonderheden.

1918.

7. H. M. No. 552. Polikliniek: No. 73/1918. Oud 54 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de maand, duur 4 dagen, profuus, pijn. Begin op 14-jarigen leeftijd. 't Laatst op een leeftijd van 52 jaar.

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 6; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 28/VI 1918. Sinds 6 Juni 1918 weer elken dag onregelmatig gevloeid.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara, vuilbruine afscheiding uit de genitalia. Corpus uteri in anteflexie, vergroot. Portio gaaf. Ostium externum gesloten. Naast uterus geen afwijkingen. Sonde: 8 c.M., niet bloederig. Bij curettage weinig slijmvlies naar buiten gebracht.

Microscopisch onderzoek: Bijna louter bloed voor zoover aanwezig, is het slijmvlies wel sterk veranderd: epitheel en stroma gewoekerd, deels necrobiotisch, maar **geen duidelijke teekenen van maligniteit.** Cavé!!

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Curettage.

Verloop: 9/VII 1918 ontslagen.

In Mei 1930: Algemeene toestand uitstekend; overigens geen bijzonderheden.

8. H. M. No. 920. Oud 49 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** regelmatig om de 4 weken, duur: 5 dagen, profuus, zonder pijn. Begin op 12-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 6/II 1918. Sinds 1 maand fluxus, met coagula, zonder pijn, gedurende 1 jaar onregelmatige menses, slaat wel eens een paar maanden over, nu eens veel, dan weer weinig. Wat vermagerd. Eetlust minder. Geen fluor albus. 20 jaar geleden onsteking van de baarmoeder gehad.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio gaaf. Ostium externum even voor den vingertop toegankelijk. Corpus uteri niet duidelijk te voelen. In laquear posterius een onregelmatige, harde, knobbelige zwelling te voelen, die zich eenigszins naar boven laat wegduwen. Bij onderzoek komen groote massa's bloed-coagula naar buiten. Verder geen afwijkingen.

Microscopisch onderzoek: Endometritis climacterii. Sterke woekering van klierepitheel (Cavé!). Cystische uitzetting der klieren. (Laboratorium-nummer 9159).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: 1/VIII 1919 ontslagen (heeft thrombose-beenen gekregen).

Pothologisch-anatomisch onderzoek: 21/XI 1918 van de verwijderde uterus adenomateuse polyp in den fundus uteri. **Niet duidelijk maligne;** adenoma benignum(?).

9. H. M. No. 945. Polikliniek: No. 1241/1918. Oud 67 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** Geregeld om de maand, duur: 3—4 dagen. Begin op den leeftijd van 12 jaar. Pijnlijk, wanneer de menses begint. 't Laatste op den 52-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 13/II 1918. Het laatste jaar van tijd tot tijd wat bloed kwijt geraakt, zonder pijn. Nu en dan fluor albus. Vermagerd.

Objectief onderzoek: Buik slap, wat opgezet, sterke panniculus adiposus. Genitalia externa van een multipara. Portio klein, atrophisch colpitis senilis. Corpus uteri zeer klein in anteflexie. Geen fluxus, geen fluor albus. **Proefcurettage:** Cystische degeneratie der mucsoa uteri. Aard der epiheliën niet duidelijk, waarschijnlijk **niet maligne. Cavé!** (Laboratorium-nummer 9163).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: Curettage.

Verloop: 29/II 1918 ontslagen.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand vrij slecht, verzwakt. Nog steeds vloeiïngen.

1919.

10. H. M. No. 10. Oud 46 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** om de 3 weken, duur: 4—5 dagen. Begin op 16-jarigen leeftijd, gewoon, zonder pijn.

Aantal zwangerschappen: 4; aantal geboorten: 3; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 4/I 1919. Vloeit sinds 4 weken. Voor dien nooit over den tijd, met coagula, zonder pijn, wel eens gevoelig links, beneden in den buik. Geen koorts, geen foetor. Na het huwelijk veel last van fluor albus.

Objectief onderzoek: Buik slap, niet opgezet, niet pijnlijk. Genitalia externa van een multipara. Sterke fluxus. Portio hobbelig groot, geinfiltreerd. Corpus uteri in anteflexie, niet week, iets vergroot. Naast den uterus geen afwijkingen. Sonde: 12 c.M., bloederig.

Verloop: 17/I 1919 ontslagen. 19/II 1919 begon patiente weer te vloeien, zonder pijn, later wel. **Proefcurettage:** uterus-slijmvlies cystisch gedegenereerd. Epiheel sterk gewoekerd, **waarschijnlijk niet maligne; Cavé!** (laboratorium-nummer 9256).

Klinische diagnose: Maligne degeneratie (carcinoma corporis uteri).

Behandeling: Vaginale hysterectomie.

Verloop: Algemeene toestand zeer goed. 29/III 1919 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 4ïI 1919: **Proefexcisie;** portio: ontstoken, **niet maligne.** 27/XI 1919. Van den verwijderden uterus: uterus-slijmvlies hypertrophisch, maar **niet maligne.** (Laboratoriumnummer 9359).

1920.

11. H. M. No. 891. Polikliniek: No. 161/1920. Oud 46 jaar, weduwe. **Menstruatie:** regelmatig om de 4 weken, duur: 3 à 4 dagen Gewone hoeveelheid. Begin: op 20-jarigen leeftijd.

Aantal zwangerschappen: 15; aantal geboorten: 12; aantal miskramen: 3.

Verschijnselen: 19/XI 1920. Vóór 10 dagen duizelig geworden. Eetlust slecht. Gauw vermoeid.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio dik, met erosie. Ostium externum gesloten. Corpus uteri in anteflexie, normaal van grootte; adnexa: geen afwijkingen.

Proefcurettage: sterke slijmvlieswoekering, hyperaemie, thrombose, necrose.

Microscopisch onderzoek: Endometritis necrobiotica of **beginnende maligne degeneratie**(?). Cavé(!). (Laboratorium-nummer 367).

1921.

12. H. M. No. 101. Polikliniek: No. 1382/1910. Oud 54 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 10 dagen. Begin: op een leeftijd van 15 jaar. Pijnloos, geen coagula.

Aantal zwangerschappen: 8; aantal geboorten: 9 (waarbij een tweeling); aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 29/I 1921. Sinds 4 maanden vloeiïngen. Geen fluor albus. Den laatsten tijd verzwakt.

Objectief onderzoek: Genitalia externa van een multipara. Portio: vast en glad. Ostium externum spleetvormig. Corpus uteri in anteflexie, klein, parametria vrij. **Proefcurettage:** waarschijnlijk benigne.

Microscopisch onderzoek: Slijmvlies hypertophisch; klierepitheel in meerdere lagen. In het stroma plaatselijke ophoopingen van zeer **chromatinerijke** rondcellen. **Cavé**(!). (Laboratorium-nummer 39).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri(?).

Behandeling: Curettage.

Verloop: 7/II 1921 ontslagen.

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Af en toe wat pijn in den buik. Overigens geen bijzonderheden.

13. H. M. No. 294. Polikliniek-No. 436. Oud 52 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 26—27 dagen, duur: 7 dagen. Begin op een leeftijd van 13 jaar. Geen pijn, soms coagula. Menses nog niet geheel opgehouden.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 2; aantal miskramen: 1.

Verschijnselen: 30/III 1921. Sinds een maand of 3 onregelmatige vloeiïngen, zonder pijn.

Objectief onderzoek: Uterus hard, in retroflexie, eenigszins gefixeerd. Sonde: 7 c.M., bloederig, vroeger fluor albus, later niet. Genitalia externa van een multipara. Cervix cylindrisch. Ostium externum open. Linker parametrium verdacht. **Proefcurettage:** hypertrophisch slijmvlies, waarin cysteuse klieruitzetting met stuwig. Gewoekerde klieren met meerdere epitheellagen. In het verdikte stroma eigenaardige haarden van epitheloide cellen.

Klinische diagnose: adeno-carcinoma corporis uteri(?).

Behandeling: Totale uterus-exstirpatie per laparotomiam, waarbij werd gevonden een linkszijdige hydrosalpinx. Veel adhaesies in cavum Douglasi. De uterus is nogal vergroot. Parametria zijn vrij.

Verloop: 30/IV 1921 ontslagen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek: 7/IV 1921. Verwijderde uterus: In dit praeparaat **geen teekenen van maligne degeneratie gevonden.** (Laboratorium-nummer 113).

In Mei 1930: Algemeene gezondheidstoestand goed. Overigens geen bijzonderheden.

14. H. M. No. 949. Oud 43 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken, duur: 6 dagen, profuus.

Aantal zwangerschappen: 3; aantal geboorten: 1; aantal miskramen: 2.

Verschijnselen: 8/XI 1921. Seder 7 maanden fluxus, met coagula. Geen pijn, soms een wee gevoel in den buik, verder anaemische klachten.

Objectief onderzoek: Uterus in lichte anteflexie vergroot, niet week, hobbelig. Adnexa: geen afwijkingen; knobbels aan de portio. Bloed uit het ostium externum. Bij curettage: tamelijk groote hoeveelheid slijmvlies verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Slijmvlies hypertrophisch, met sterke klierwoekering, op sommige plaatsen **zeer suspect.** Enkele necrobiotische plekken. Endometritis necrobiotica. Proefexcisie uit de portio: normaal cervix-weefsel.

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri(?).

Behandeling: Totaal uterus-exstirpatie per laparotomiam.

Verloop: 7/II 1921 genezen ontslagen.

In Mei 1930: Algemeene toestand goed. In den laatsten tijd wat last van duizeligheid. Overigens geen bijzonderheden.

1922.

15. H. M. No. 264. Oud 48 jaar, gehuwd. **Menstruatie:** geregeld om de 4 weken. Het eerst op 17-jarigen leeftijd. Menses nog niet opgehouden.

Aantal zwangerschappen: 6; aantal geboorten: 6; aantal miskramen: —.

Verschijnselen: 10/IV 1922. Sinds 5 weken onregelmatig gevloeid, in aansluiting aan de laatste menstruatie. Zonder pijn, geen koorts. Overigens geen bijzonderheden.

Objectief onderzoek: Prolaps van den voorsten en achtersten vaginaalwand. Uterus is iets vergroot, in anteflexie. Breede portio; fluxus; adnexa: geen afwijkingen. Bij curettage veel slijmvlies verwijderd.

Microscopisch onderzoek: Hypertrophische mucosa met **zeer sterke woekering van klierepitheel,** hier en daar zelfs alveolair gerangschikt. **Geen duidelijke teekenen van maligne adenoom, doch zeer suspect.** Cavé(!). ‚Laboratorium-nummer 115).

Klinische diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Behandeling: geen.

Verloop: 20/IV 1922 ontslagen (op verzoek).

Bij het analyseeren van deze gevallen bleek, dat op een leeftijd tusschen het:

30e—40e jaar	0	gevallen voorkwamen,
40e—50e „	7	„ „ ,
50e—60e „	7	„ „ ,
60e—70e „	1	geval voorkwam ,

Uit dit tabelletje zou kunnen worden afgeleid, dat deze patienten er wel de leeftijden voor hadden om aan corpus-carcinoom te lijden. Ze pleiten er dus niet tegen.

Geen dezer patienten was ongehuwd. De menstruaties waren begonnen op een leeftijd tusschen het

10e—15e jaar in	6	gevallen,
15e—20e „ „	6	„ ,
boven 't 20e jaar in	—	„ ,
onbekend in	3	„ ,

Met betrekking tot het corpus-carcinoom valt hierover toch niets bijzonders te vermelden, m.n. de menarge is bij deze vrouwen toch niet overwegend laat opgetreden. Tegen de diagnose carcinoma corporis uteri pleit dit natuurlijk niet, evenmin als de cyclus en quantiteit dier menses.

Bij alle 15 patienten was ze n.l. vrij regelmatig opgetreden; van de hoeveelheden werd genoteerd 3-maal „weinig", 5-maal „gewoon" en 7-maal „profuus".

Iets meer voor het carcinoom van het baarmoederlichaam pleit het einde harer menstruaties:

In 8 van de 15 gevallen waren deze op, resp. na het 50e jaar nog in vollen gang, de rest (7) menstrueerde nog op een leeftijd tusschen 40—49 jaar.

Deze patienten waren in menopauze gedurende:

2 jaar of meer (doch minder dan 3 jaar)	in 2	gevallen,
9 „ „ „ („ „ „ 10 „)	„ 1	geval ,
10 „ „ „	„ 1	„ ,

terwijl bij 11 patienten de menstruatie nog niet was opgehouden.

Ten aanzien van het aantal zwangerschappen,

welke deze patienten hebben doorgemaakt, vonden wij, dat:

5 vrouwen	3 ×	zwanger	zijn	geweest,
1 vrouw	4 ×	„	is	„
3 vrouwen	6 ×	„	zijn	„
1 vrouw	7 ×	„	is	„
1 vrouw	8 ×	„	„	„
1 vrouw	12 ×	„	„	„
2 vrouwen	15 ×	„	zijn	„

terwijl 1 vrouw nooit zwanger is geweest. Het gemiddeld aantal zwangerschappen bedroeg dus 6.3. Opvallend is hierbij het geringe aantal nulliparae, n.l. slechts 1.

Ook het gemiddeld aantal zwangerschappen is beduidend hooger dan dat van groep A.

Wat het aantal kinderen betreft,

1 patiente	had	1	kind,
2 patienten	hadden	2	kinderen,
3 patienten	hadden	3	„
1 patiente	had	5	„
2 patienten	hadden	6	„
1 patiente	had	7	„
1 „	„	8	„
1 „	„	9	„
1 „	„	11	„
1 „	„	12	„

In het geheel waren dus 78 voldragen kinderen geboren, of gemiddeld 5.2 geboorten per persoon, hetgeen eveneens hooger is dan dat der vrouwen in rubriek A.

Het aantal miskramen laat zich als volgt verdeelen:

4 vrouwen	hadden	1 ×	een	miskraam	gehad,
1 vrouw	had	2 ×	„	„	„
1 „	„	3 ×	„	„	„
2 vrouwen	hadden	1 ×	„	„	„

Een eenvoudige berekening doet zien, dat bij deze vrouwen het gemiddeld aantal miskramen bedroeg 1.1, merkwaardigerwijs hooger dan dat der patienten van de vorige groep.

Met betrekking tot de geslachtsfuncties, m.n. de factor steriliteit, resp. graviditeit in de aetiologische verbandschap met het carcinoma corporis uteri pleiten de boven gevonden gemiddelden dus min of meer tegen het bestaan van kanker in het baarmoederlichaam bij deze groep vrouwen. Zooals boven er reeds op gewezen is, vormt ze echter geen absoluut tegenbewijs.

Gaan wij over tot de bestudeering der verschijnselen in deze rubriek waargenomen, dan is ook hier de bloeding als het voornaamste symptoom te beschouwen. Als eerste verschijnsel trad ze in 13, d.i. in 86.6 %, en als eenige in 6 gevallen op, d.i. in 60 %. Meestal zijn die bloedingen ongelijk van hoeveelheid en treden ze niet regelmatig op (in 73.3 %). Menorrhagie werd slechts 1-maal aangeteekend, en 1-maal werd een vuilbloederige afscheiding uit de genitaliën geconstateerd. Slechts 1-maal ging ze gepaard met foetor ex vaginam, waar 3-maal fluor albus bestond. Jammer alleen, dat deze genitale fluxus, zooals wij boven hebben gezien, niet specifiek is voor het carcinoma corporis uteri, en juist frequent kunnen worden aangetroffen bij patienten met aandoeningen, waarvan het praeparaat van het uterusslijmvlies juist de hier na te noemen microscopische bijzonderheden pleegt te vertoonen.

Pijn als eerste symptoom werd slechts in 1 geval waargenomen; een weeachtige pijn en lendenpijn werden opgegeven in een gelijk aantal, n.l. elk 1.

Wat de algemeene klachten betreft, 5 der patienten hadden er last van. De meesten waren, de bloedingen niet mede geteld, zonder subjectieve bezwaren bij den dokter gekomen.

Bij objectief onderzoek werd gevonden 6-maal een vergroote baarmoeder. In 3 gevallen was deze verkleind, en in een gelijk aantal verhard.

De uterus werd 9-maal in anteflexie, en 3-maal geretroflecteerd gevonden.

Bij 3 patienten werden de adnexa vergroot gevoeld.

Eén patiente had een colpitis senilis, terwijl bij een andere patiente een myomatosis uteri kon worden gediagnosticeerd.

De diagnose carcinoma corporis uteri werd, gelijk boven is aangegeven, gebaseerd op de zooeven opgesomde verschijnselen in combinatie met het gevonden microscopische beeld der praeparaten van het uterusslijmvlies, verkregen door proefcurettage, die in 5 gevallen brokkelige, verdachte weefselstukken te voorschijn brachten. De bijzonderheden dier praeparaten moge worden gevonden in onderstaanden staat (zie blz. 157 en 158):

Uit deze haast calydoscopische mengeling van histologische bijzonderheden springt naar voren de sterke meerlagigheid, de woekering, zoowel van het oppervlakkige, als het klier-epitheel, terwijl hier en daar plekswijze degeneraties, resp. necrose's opduiken.

Als achtergrond van dit beeld kon worden beschouwd de haast overal gevonden leucocytaire reactie, de onmiskenbare teekenen van ontsteking.

Mitosen, anaplasie, metaplasie, prosoplasie der weefselelementen, zooals ze bij maligne tumoren worden aangetroffen, konden slechts vaag of niet worden aangeduid, waardoor de diagnose carcinoom in deze gevallen nergens zeker kon zijn.

Deze beelden zagen er echter verdacht genoeg uit om, gesteund door de klinische symptomen, de diagnose carcinoma corporis uteri te rechtvaardigen, reden, waarom ik gemeend heb ze hier in verband met de histologisch vastgestelde corpus-carcinomen te moeten vermelden.

Over de moeilijkheden betrekking hebbende op de interpretatie van deze en dergelijke praeparaten is reeds het noodige gezegd, waarom het mij vergund zij hier slechts even daaraan de aandacht te mogen vestigen.

Als therapeutische consequenties van deze diagnose vond ik vermeld dat er toegepast werden de:

Vaginale hysterectomie in	5	gevallen,
Abdominale uterus-exstirpatie in	3	,,
Curettage (zonder meer) in	6	,,

Geval No.	RESULTAAT: Datum van: Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:	Na de behandeling nog in leven: (a)	Algemeene gezondheidstoestand in Mei 1930:	Aard der behandeling:	Microscopische uitkomst en Opmerkingen:
1	—	4-5-1907	9 dagen	—	Vaginale hysterectomie	Meerlagig, sterk woekerend epitheel en ontsteking, zeer verdacht. Sectie-verslag: myodegeneratio cordis, parenchymatenze degeneratie van nieren, lever etc. Peritonitis localis.
2	10-1-1910	—	—	—	Curettage	Sterke meerlagigheid v. het oppervl. epitheel (Cave)!!
3	20-4 „	—	+20 jaar	Uitstekend	„	Klier-epitheel meerlagig, onrustig, doch niet duidelijk maligne (Cave!!!) Nooit recidief gehad.
4	30-9-1912	—	— 18 „	„	Abdominale uterus-exstirpatie	Onrustig, meerlagig epitheel, cysteuze uitzetting der klieren; necrotische, circumscripte haarden. Geen carcinoom.
5	23-12 „	—	—	—	Vaginale hysterectomie	In den verwijderden uterus zeer sterke endometritis senilis; geen carcinoom, (geen proefcurrettage wegens fragiliteit van den uterus).
6	27-12 „	—	— 18 „	Uitstekend	„	Sterk verwijde klier epitheel, niet meerlagig. Op één plaats metaplasie van het epitheel, dat zeer verdacht is. (Cave!!!)
7	9-7-1918	—	— 12 „	„	Curettage	Woekerend epitheel en stroma, deels necrotisch, doch geen teekenen van maligniteit. (Cave!!!)
8	1-8-1919	—	— 11 „	Goed	Vaginale hysterectomie	Endometritis climacterii, sterke woekering van het epitheel; cystische uitzetting der klieren. (Cave!) In den verwijderden uterus: adenoma benignum?

(a) Noot: — = ongeveer.
+ = ruim.

Geval No.	RESULTAAT: Datum van: Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:	Na de behandeling nog in leven:	Algemeene gezondheidstoestand in Mei 1930:	Aard der behandeling:	Microscopische uitkomst en Opmerkingen:
9	21-12-'20	—	— 10 jaar	Vrij slecht, verzwakt, nog steeds vloeiingen.	Curettage	Cystische degeneratie der mucosa uteri, waarschijnlijk niet maligne. Cave!
10	29-3-1919	—	—	—	Vaginale hysterectomie	Uterus-slijmvlies cystisch gedegenereerd. Epitheel sterk gewoekerd; waarschijnlijk niet maligne. Cave!!
11	3-12-1920	—	—	—	Curettage	Endometritis necrobiotica of beginnende maligne degeneratie. Cave!!
12	7-2-1921	—	+ 9 jaar	Goed, af en toe pijn in den buik.	„	Slijmvlies hypertrophisch, klierepitheel in meerdere lagen. In het stroma plaatselijke ophoopingen van een zeer chromatine-rijke rondcellen. Cave!
13	30-4 „	—	+ 9 „	Goed	Abdominale uterus-exstirpatie	Slijmvlies hypertrophisch, waarin cystische klieruitzettingen met stuwing, meerlagig epitheel. In het verdikte stroma eigenaardige haarden van epitheloïdecellen.
14	7-12 „	—	— 9 „	Goed, af en toe wat duizelig.	„	Slijmvlies hypertrophisch; klierepitheel sterk gewoekerd; op sommige plaatsen zeer suspect. Endometris necrobiotica?
15	20-4-1922	—	—	—	Geen (operatie geweigerd)	Slijmvlies hypertrophisch, sterk gewoekerd klierepitheel, hier en daar alveolair gerangschikt. Geen duidelijke teekenen van maligne adenoom, doch zeer suspect (Cave!!).

terwijl in 1 geval de behandeling door de patiente werd geweigerd.

Ten aanzien van de indicatiestelling en techniek van deze operatie-methoden moge worden verwezen naar het dienaangaande in „groep A" opgemerkte, daar ze in wezen niet er van verschilde.

Het resultaat dezer behandelingsmethoden, heb ik verzameld in het volgende staatje.

Resultaat na:	VERKREGEN MET DE:				Opmerking:
	Vaginale hysterectomie	Abdominale uterusexstirpatie	Curettage:	Geen	
1 jaar . .	—	—	—	—	Sectie verslag: *a.* Myodegeneratio cordis. Lichte parenchymateuze degeneratie van lever en nieren. Hypostase in de onderkwabben der longen. Lichte peritonitis in de omgeving van de vagina.
2 „ . .		—	—	—	
3 „ . .	—	—	—	—	
4 „ . .	—	—	—	—	
5 „ . .	—	—	—	—	
Meer dan 5 „ . .	2	3	4	—	
Primaire mortaliteit	1*a.*	—	—	—	
Onvindbaren: . .	2	—	2	1	

Deze resultaten met die der 1e groep te vergelijken heeft m.i. geen zin, daar het eerstens slechts om 15 gevallen ging, en tweedens, wat voornamer is, hier de diagnose corpuscarcinoom niet eens absoluut zeker is. Het is slechts de moeilijkheden in de diagnostiek, welke ik met het bovenstaande wenschte te illustreeren.

Ten slotte de opmerking, dat slechts in 1 geval bij de operatie werd gevonden: een linkszijdige hydrosalpinx, en in het cavum Douglasi veel adhaesies. De parametria waren absoluut vrij.

Deze patiente verkeert momenteel nog in een uitstekende gezondheid.

DERDE HOOFDSTUK.

SLOTBESCHOUWINGEN.

Overzien we het in de voorgaande bladzijden verhandelde, dan merken wij allereerst op, dat, mede aan de hand van de gevallen van carcinoma corporis uteri, welke in de laatste 26 jaren in de Universiteits-Vrouwenkliniek te Amsterdam behandeld werden, — gemiddeld ongeveer 4 per jaar —, het carcinoom van het baarmoederlichaam niet zoo zeldzaam mag worden geacht, al staat de frequentie verre ten achter bij dat der collum-carcinomen.

Wij hebben niet den indruk kunnen krijgen, althans wat ons patienten-materiaal aangaat, dat de frequentie van het corpus-carcinoom in den laatsten tijd zoo veel grooter zou zijn dan in vroegere jaren, zooals in het literatuur-overzicht op meerdere plaatsen voor den dag is getreden. In verband hiermee ben ik geneigd de daarin gevonden verhoogde frequentie der corpus-carcinomen in de laatste 4 jaren toe te schrijven aan de meerdere aandacht, welke daaraan wordt besteed, en hand aan hand daarmee immers ook betere onderzoekingsmethoden werden toegepast. Of de veranderde mentaliteit der vrouwen van tegenwoordig daaraan debet is, in dien zin, dat er in den laatsten tijd veel meer „naar den dokter wordt geloopen" dan vroeger, is mij voor wat betreft Europa niet bekend. Voor Indonesie is dat echter, naarmate het vertrouwen in de Westersche Geneeskunst meer en meer veld wint, een niet te onderschatten factor. Nog onlangs kon BOERMA [1]) onder zijn patientenmateriaal vaststellen, dat 5 % der door hem behandelde, voor het meerendeel uit inheemsche vrouwen bestaande, gevallen van carcinoma uteri bestond uit carcinoom van het baarmoederlichaam, terwijl nog geen 5 jaar geleden volgens hem men, wat betreft de kennis der pathologie van de vrouwelijke geslachtsorganen op Java, waaronder dus ook die omtrent het corpus-carcinoom, nog pas aan het begin stond.

[1]) **N. J. A. F. Boerma,** De behandeling van het Carcinoma uteri in de C. B. Z. te Weltevreden, N. T. v. G. 1930, I, blz. 2501.

Het door hem gevonden lagere procentage daar heeft hij, en waarschijnlijk terecht, toegeschreven aan de zeldzaamheid (lees: mindere veelvuldigheid) der oudere Inheemsche vrouwen, waar immers bekend is, dat het corpus-carcinoom mag worden beschouwd als een ziekte der ouderen van dagen. Ik mag in dit verband er hier aan toe voegen, dat vrouwen van dezen leeftijd zelfs op het eiland Java van tegenwoordig meestal niet tot de modernsten, ook inzake de appreciatie van de Westersche geneeskunde en hare beoefenaars, mogen worden gerekend. Bovendien ongetrouwden op dien leeftijd, en evenredig hiermee ook het aantal nulliparae, zijn in Indonesie zeldzaam, hetgeen min of meer samenhangt met 's Lands gebruiken en Godsdienstige opvattingen. Het neo-malthusianisme geldt er onder de bevolking nog altijd als een zonde.

Ook uit ons patienten-materiaal is duidelijk voor den dag getreden, dat de praedilectie-leeftijd voor het corpus-carcinoom ligt tusschen het 50e-60e jaar, welke dus volkomen overeenstemde met hetgeen daaromtrent in de litteratuur te vinden is.

Reeds met een enkel woord heb ik er op gewezen, dat de oorlogs, resp. na-oorlogstijd als oorzaak der (relatieve) vermeerderde frequentie der corpus-carcinomen in de laatste jaren, zooals die door KAUFFMANN werd verdedigd, wegens gebrek aan een exact bewijs, niet te veel in rekening mag worden gebracht. Uit ons materiaal althans is dit niet gebleken.

Omtrent den invloed van de sociale omstandigheden der lijderessen aan carcinoma corporis uteri heb ik, ook niet uit de mij ten dienste staande literatuur, een helder inzicht vermogen te krijgen. Bij onze patienten werden ze als gelijk beschouwd, wijl zij zoowat uit het zelfde milieu afkomstig waren. Details daaromtrent kon ik in de ziekte-geschiedenissen niet vinden. Vergelijking met andere standen der bevolking moest ik om bepaalde redenen achterwege laten.

In verband met de aetiologie heb ik noch in literatuur, noch onder onze gevallen een oplossing weten te vinden voor de eventueele rol, die de erfelijkheid, c. q. familiariteit

zou kunnen spelen in het tot stand komen van het corpus-carcinoom.

Beter werd ik ingelicht omtrent de geslachtsfuncties der vrouw in verband met het carcinoma corporis uteri. Een zeer laat begin der menstruatie, vooral ook in aanmerking te nemen de klimatologische invloeden, die daarop kunnen inwerken, moet ons de verdenking wekken op een eventueel bestaan van corpus-carcinoom. Cyclus en aard der menstruatie zijn daarbij te wisselend van karakter om hier in het geding te worden gebracht. Belangrijker is het einde der menses. Dit is meestal zeer laat, bij velen zelfs tot over het 50e jaar.

Ook het aantal der doorgemaakte zwangerschappen, resp. dat der kinderen, kan ons aanwijzingen geven ten aanzien van het bestaan van een corpus-carcinoom. In het algemeen mag men zeggen, dat een nullipara en een weinig-barende daarvoor meer gepraedisponeerd zijn dan een grande multipare, van wie bekend is, dat ze weer neigt tot het krijgen van het collum-carcinoom.

De abortus als zoodanig schijnt er geen, althans geen bijzonder groote rol bij te spelen, hetgeen uit onze berekeningen moge blijken.

De symptomatologie van het corpus-carcinoom is bijzonder eenvoudig. Het voornaamste verschijnsel is de g e n i t a l e, c. q. u t e r u s-b l o e d i n g, welke op zich zelf niets specifieks in zich sluit. Ze kan zich voordoen als een versterkte menstruatiebloeding, een menorrhagie, dan wel als een fluxus zonder menstruaal type, wisselend in hoeveelheid (van een paar druppels per dag tot abundant), en duur (van een paar uren tot een paar jaren), en hoedanigheid (van rose-kleurig, waterachtig dun vocht, z.g. vleeschnatachtig, tot dikke, zwarte klonters), nu eens gepaard met een penetreerende foetor ex vaginam, dan weer absoluut reukloos, langzamerhand of plotseling optredend.

Deze bloedingen zijn des te typischer naarmate ze meer optreedt op ouderen leeftijd, resp. in de menopauze.

Behalve over uterusbloedingen wordt, zij het in geringe mate, nog al eens over p ij n geklaagd. Deze kan karakteri-

stiek zijn, indien ze het type had als het door SIMPSON beschrevene.

Doch ze wordt weinig constant aangetroffen. Ze draagt het karakter van lendenenpijnen of diffuse onaangename sensaties in den onderbuik, nu eens als knagend, dan weer als snijdend of stekend aangegeven.

Hiermee zijn feitelijk de subjectieve symptomen, welke in direct verband zouden kunnen worden gebracht met het carcinoma corporis uteri, beschreven.

De andere klachten zijn meestal van algemeenen aard, secundair aan den bestaanden toestand te achten. Het carcinoma corporis uteri kan ook geheel symptoomloos verloopen. Als bij toeval wordt het dan ontdekt.

Ook objectief bestaan klinisch geen voor het carcinoma corporis uteri specifieke verschijnselen. De algemeene gezondheidstoestand is meestal daarbij weinig of niet gestoord, m.n. zijn er bij velen haast geen teekenen aanwezig, welke direct op carcinoom wijzen.

Opvallend is de daarbij vaak aangetroffen sterk ontwikkelde panniculus adiposus. Vermagering en cachexie worden eerst in de laatste stadia van de ziekte aangetroffen.

Deze geringe manifestatie van den malignen tumor naar buiten is wellicht voor een deel toe te schrijven aan het feit, dat het corpus-carcinoom betrekkelijk lang beperkt blijft in het cavum uteri, hetgeen weer schijnt samen te hangen met de langzame groei van het neoplasma. Er zijn gevallen beschreven, waarbij het zelfs gedurende vele jaren latent kan blijven. Uitbreiding in de omgeving, c.q. uitzaaiing in het overige organisme, heeft eerst laat plaats. Toch gaat dit niet in alle gevallen op. In de literatuur is te vinden, dat in z.g. goed operabele gevallen het carcinoom zich reeds ver tot in de regionaire lymphekliéren heeft verplaatst, zoodat eerst bij de operatie de inoperabiliteit blijkt.

Zoo eenvoudig als de symptomatologie van het carcinoma corporis uteri is, zoo moeilijk kan de diagnostiek van het carcinoma uteri, zoowel klinisch als patho-histologisch, zijn. Klinisch, doordat de verschijnselen zoo onspecifiek zijn; (vandaar dat het als een kunstfout moet worden aange-

rekend, een bloeding uit den uterus te „stoppen" zonder voorafgaand onderzoek, respect. middels proefcurettage met navolgend microscopisch onderzoek van het verkregen materiaal, in het bijzonder als die bloeding atypisch en op ouderen leeftijd zich voordoet. Histo-pathologisch is het vaak buitengemeen lastig, omdat de overgang van het physiologische naar het pathologische haast bij geen enkel ander weefsel als juist in het buitengewoon variabele uterusslijmvlies zoo nauwelijks merkbaar tot stand kan komen.

Deze omstandigheid weerspiegelt zich dan op het van dat slijmvlies gemaakte microscopische praeparaat, waarvan de juiste interpretatie vaak zelfs aan ter zake deskundigen nog gepaard kan gaan met genoeg moeilijkheden, welke ik op de voorgaande bladzijden, naar ik hoop, voldoende heb belicht (zie geval No. 60 van groep A).

Het zal dan ook niet den eenigen keer zijn, dat men ondanks alles, er toe genoopt is achter de diagnose carcinoma corporis uteri een dik vraagteeken te plaatsen. In bepaalde gevallen mag en moet men vaak dan eventueel de klinische symptomen het zwaarst laten wegen.

Dat deze voor den gewetensvollen medicus niet altijd even gemakkelijk, ja zelfs uiterst moeilijk kan zijn, heb ik reeds boven even aangestipt.

Want in dit geval is de consequentie van de eenmaal gemaakte diagnose het streven, op welke wijze dan ook, naar de algeheele vernietiging van den malignen tumor.

Dit wil bij het corpus-carcinoom zeggen het mede opofferen van de baarmoeder en soms nog meer. Voor oudere vrouwen, bij wie het voortbrengen van generaties niet meer mogelijk is, moge dat van minder belang geacht worden, nog afgezien van de mogelijkheid, dat de baarmoeder nog meer andere functies te vervullen heeft dan het herbergen van de groeiende vrucht alleen, maar voor hen, die nog in de volle kracht van het leven zijn, bij wie het bezit van een nakomelingschap, zoowel psychisch, als sociaal soms alles is, moet men er toch niet licht over denken.

Staat de diagnose vast, dan heeft men te kiezen tusschen

de radicale, d.i. de operatieve, en de minder ingrijpende behandelingswijze, zooals de Röntgen-, of (en) radiumbestraling en de z.g. chemische uterus-exstirpatie met chloorzink. Soms is het wenschelijk deze beide methoden met elkaar te combineeren, hetzij als vóór- of ná- bestraling, c. q. ná-operatie (bij chloorzink behandeling).

Welke behandeling in een bepaald geval ten slotte gekozen moet worden, hangt af van den algemeenen toestand, de constitutie van de patiente (ouderdom, diabetes, arteriosclerose, Basedow etc), en van den graad der operabiliteit.

Waar geen radicale verwijdering van de maligne tumor mogelijk is, respect. waar deze niet wenschelijk moet worden geacht, wende men de bestralingstherapie met Röntgenstralen aan, respect. de chemische uterus-exstirpatie met chloorzink, eventueel gecombineerd met de x-stralenbehandeling. Met opzet heb ik hier de radium-therapie niet genoemd, omdat, gelijk boven reeds naar voren is gebracht, deze wijze van behandeling bij het corpus-carcinoom nog niet geschraagd is door een groote ervaring. De resultaten zijn nog te wisselvallig.

In alle andere gevallen is de **operatieve methode** den aangewezen weg, mede op grond van de boven vermelde uitkomsten.

Waar de vaginale hysterectomie en de abdominale uterus exstirpatie qua behandelingsmethode om den voorrang strijden, zou men, gezien de daarmee verkregen resultaten, de voorkeur moeten geven aan de eerste, vooral ook daar de bezwaren, welke door sommige gynaecologen schijnen ondervonden te zijn, blijkens de ervaring in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek, niet van overwegend belang blijken te zijn.

In dit verband moge hier de ervaring van BOERMA worden vermeld, die zegt: *„Bij corpus-carcinomen is deze operatie (t.w. de vaginale totale uterus-exstirpatie) steeds aangewezen, behalve in de zeldzame gevallen, waar het carcinoom reeds den uteruswand heeft aangetast."*

Hiermee wil niet gezegd zijn, dat de abdominale totale uterus-exstirpatie dan overbodig is. Integendeel ook deze behandelingswijze geeft goede uitkomsten, vooral in gevallen, zooals bedoeld is in het laatste gedeelte van den aangehaalden zin van BOERMA.

Summa summarum hebben wij dus ieder geval op zich zelf te beoordeelen en te behandelen, en niet „schablonenmäszig" te werk te gaan.

Ook in volkomen operabele gevallen van corpus-carcinoom uitsluitend de radiotherapie toe te passen, zooals die aangeraden is door DOEDERLEIN en zijn school, lijkt mij niet gewenscht, aangezien de in het algemeen betere uitkomsten der operatieve therapie, zooals ze legio in de literatuur zijn te vinden, en op grond van de in de Amsterdamsche Vrouwenkliniek verkregen resultaten.

Nemen we de tot nu toe genoemde deciderata nauwkeurig in acht, dan is de prognose van het carcinoma corporis uteri vrij gunstig te noemen, zoowel quo ad sanationem als quo ad vitam, mits vroeg herkend en op de juiste wijze en op het geschiktste tijdstip behandeld. Onbehandeld waren er 4 van onze patienten binnen 1 jaar en 1 na ruim 3 jaar gesuccombeerd, terwijl van de 6e geen inlichtingen kon worden verkregen.

Tot besluit moge, naar ik hoop ter verduidelijking van hetgeen ik in de voorgaande regelen eventueel niet met mijne naar mijn overtuiging te geringe woordenschat tot uiting heb kunnen brengen (men verlieze niet uit het oog, dat de moeilijke Nederlandsche taal voor mij ten slotte is een vreemde taal!), of waar noodig ter aanvulling van ontstane niet gewilde leemten (ik ben er mij van bewust, dat dit proef-schrift zich niet de pretentie van absolute volledigheid kan permitteeren), de volgende staat hieronder worden gevoegd:

Geval No.	Aard van het Corpus-carcinoom:	Aard der behandeling:	RESULTAAT				Opmerkingen:
			Datum van:		Algemeene gezondheids-toestand in MEI 1930:	Na de behandeling nog in leven: (a)	
			Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:			
1	Adeno-Carcinoma	Vaginale hysterectomie	29-3-1904	26-2-1906	—	— 2 jaar	
2	,,	,,	13-5 ,,	23-3-'30	—	— 26 ,,	
3	Carcinoom	,,	20-9 ,,	—	Uitstekend	26 ,,	Geen recidief.
4	Adeno-carcinoma	,,	5-1-1905	—	—	—	„Onvindbaar".
5	,,	,,	—	26-3-1905	—	—	In aansluiting aan de operatie.
6	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	24-6-1905	—	Heeft momentheel icterus.	— 25 ,,	Van den kant der genitaliën geen klachten.
7	Epithelioom	Vaginale hysterectomie	25-8 ,,	—	—	—	„Onvindbaar".
8	Carcinoom	,,	18-8 ,,	—	—	—	,,
9	,,	Geen, d.w.z. slechts paliatieve therapie	15-6-1907	5-1-1908	—	— 1 ,,	Operatie geweigerd.
10	,,	Vaginale hysterectomie	12-6 ,,	—	—	—	„Onvindbaar".
11	Adenoma malignum	,,	11-6-1908	—	Uitstekend	— 22 ,,	Geen recidief.
12	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	—	31-5-1908	—	1 dag	Hartparalyse.
13	Carinoom	,,	25-8-1908	—	—	—	„Onvindbaar".
14	,,	Vaginale hysterectomie	24-7-1908	—	—	—	,,
15	,,	,,	—	22-6-1909	—	5 dagen	Longembolie.
16	Adenoma malignum	Abdominale uterus-exstirpatie	17-3-1910	—	—	—	„Onvindbaar".
17	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie	22-12 ,,	—	—	—	,,
18	Adenoma malignum destruens	,,	—	16-12-'10	—	8 dagen	Algemeene peritonitis.
19	Carcinoma alveolare	geen (zie No. 8)	7-1-1911	25-7-1911	—	— 1 jaar	Inoperabel.
20	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie	27-2 ,,	9-11-1926	—	+ 15 ,,	
21	Adenoma malignum	Abdominale uterus-exstirpatie	—	17-5-1911	—	27 dagen	Thrombose van de v. iliaca, longembolie.
22	,,	z.g. chemische uterus-exstirpatie	10-6 ,,	— 1926	—	15 jaar	aan broncho-pneumonie.
23	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie	30-11 ,,	—	Uitstekend	— 19 ,,	Geen recidief.
24	,,	z.g. chemische uterus-exstirpatie	3-1-1912	—	—	—	„Onvindbaar".

(a) Noot: — = ongeveer.
+ = ruim.

Geval No.	Aard van het Corpus-carcinoom:	Aard der behandeling:	RESULTAAT: Datum van: Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:	Algemeene gezondheidstoestand in MEI 1930:	Na de behandeling nog in leven:	Opmerkingen:
25	Adeno-carcinoma	Abdominale uterus-exstirpatie	5-8-1912	5-7-1925	--	— 13 jaar	
26	,,	Vaginale hysterectomie	28-8 ,,	19-3-1928	--	— 16 ,,	
27	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	—	--	--	—	„Onvindbaar".
28	Basaalcel-carcinoom	Wertheim	—	13-2-1913	--	1 dag	Uitgebreide metastase
29	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie	15-5-1914	--	Uitstekend	16 jaar	Geen recidief.
30	Carcinoma alveolare	,,	3-7 ,,	--	,,	— 16 ,,	,,
31	,,	,,	5-9 ,,	--	,,	— 16 ,,	,,
32	Adeno-carcinoma	,,	13-4-1915	21-12-'28	--	+ 13 ,,	
33	,,	,,	30-4 ,,	— 1928	--	+ 13 ,,	
34	,,	,,	4-5 ,,	--	Uitstekend	15 ,,	,,
35	,,	geen (zie No. 8)	—	20-10-'15	--	—	Inoperabel.
36	Carcinoma alveolare	z.g. chemische uterus-exstirpatie	22-6-1916	--	--	—	„Onvindbaar".
37	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	27-1-1917	--	Goed	+ 13 ,,	
38	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie	31-3 ,,	--	Uitstekend	13 ,,	Geen recidief.
39	,,	geen (symptomatisch)	28-2 ,,	7-4-1920	--	+ 3 ,,	Operatie geweiger
40	,,	Vaginale hysterectomie	11-4 ,,	--	Uitstekend	+ 13 ,,	Geen recidief.
41	,,	,,	8-5 ,,	--	,,	+ 13 ,,	,,
42	Adenoma malignum	,,	9-7 ,,	?	--	enkele maanden	Thuis overleden
43	,,	,,	26-6 ,,	--	Uitstekend	— 13 jaar	Geen recidief.
44	Adeno-carcinoma	Abdominale uterus-exstirpatie	28-8 ,,	27-3-1925	--	— 8 ,,	
45	Adenoma malignum	,,	6-9 ,,	--	Goed (zeer zenuwachtig)	— 13 ,,	,,
46	Carcinoma alveolare	Vaginale hysterectomie	8-6-1918	26-1-1923	--	— 5 ,,	
47	Carcinoma	,,	12-11 ,,	--	Goed, alleen wat loom, moe met hoofdpijn.	— 12 ,,	
48	Adeno-carcinoma	,,	6-8-1920	--	Goed	— 10 ,,	,,
49	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	8-9 ,,	--	Uitstekend	— 10 ,,	,,
50	Carcinoma solidum	,,	30-10 ,,	3-12-1922	--	— 2 ,,	

Geval No.	Aard van het Corpus-carcinoom:	Aard der behandeling:	RESULTAAT: Datum van: Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:	Algemeene gezondheidstoestand in MEI 1930:	Na de behandeling nog in leven:	Opmerkingen:
51	Carcinoma alveolare	geen (symtomatisch)	4-6 1920	—	—	—	„Onvindbaar". Operatie geweigerd.
52	Adenoma malignum	Abdominale uterus-exstirpatie	2-12 „	—	Uitstekend	— 10 „	Af en toe pijn links in den onderbuik, waarvoor, ook niet door den huisdokter, geen oorzaak kon worden gevonden.
53	Adeno-carcinoma	„	29-11-'21	—	Goed	— 9 „	
54	Carcinoma alveolare	„	16-2 „	—	Uitstekend, wat verzwakt.	+ 9 „	Tot ± 1927 gevloeid (?)
55	„	„	12-2 „	30-2-1926	—	+ 5 „	
56	„	„	3-3 „	—	—	—	Onvindbaar.
57	Adeno-carcinoma	„	25-3 „	—	Uitstekend	+ 9 „	Geen recidief.
58	Carcinoma alveolare	Wertheim	21-5 „	27-12-'26	—	+ 5 „	aan metastasen.
59	„	Röntgen-bestraling	23-7 „	25-2 „	—	— 5 „	wegens inoperabiliteit.
60	Adenoma malignum	Abdominale uterus-exstirpatie	5-9 „	—	—	—	„Onvindbaar".
61	Adeno-carcinoma	„	26-1 „	26-8-1922	—	+ 1 „	Thuis overleden.
62	Epithelioom	„	24-2-1922	3-12-1923	—	— 1 „	„
63	Adeno-carcinema	„	—	—	—	—	„Onvindbaar".
64	„	„ gevolgd door Röntgen-bestraling	30-4 „	—	—	—	„
65	Carcinoom	Abdominale uterus-exstirpatie	10-4-1923	—	—	—	Praecancereus stadium, „Onvindbaar"
66	Adenoma malignum	„	3-5-1922	—	—	—	„Onvindbaar".
67	Adenoma malignum destruens	Radium-bestraling	28-11 „	—	—	—	„
68	Adeno-carcinoma	Abdominale uterus-exstirpatie en Röntgen-bestraling	19-5-1923	—	—	—	„
69	„	Abdominale uterus-exstirpatie	—	7-7-1923	—	9 dagen	Long-embolie.
70	Adeno-carcinoma	„	25-8- „	29-1-1929	—	— 6 jaar	
71	„	„	15-9 „	—	Uitstekend	— 7 „	Geen recidief.
72	Carcinoom	„	30-10 „	—	Goed, den laatsten tijd wat duizelig en benauwd.	— 7 „	„
73	„	Radium-bestraling	18-1-1924	12-12-'24	—	— 1 „	79 jaar oud.

Geval No.	Aard van het Corpus-carcinoom:	Aard der behandeling:	RESULTAAT: Datum van: Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:	Algemeene gezondheidstoestand in MEI 1930:	Na de behandeling nog in leven:	Opmerkingen:
74	Adeno-carcinoma	Abdominale uterus-exstirpatie	—	21-1-1925	—	21 dagen	Embolie in de longarteriën.
75	Carcinoom	,,	28-5-1925	—	Tamelijk goed	5 jaar	Geen recidief.
76	,,	Geen	—	8-10 ,,	—	—	Longembolie?
77	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie en Radiumbestraling na.	19-12 ,,	—	Pijn in de rechterzij, af en toe afscheiding; voelt zich overigens goed.	— 5 ,,	
78	,,	Abdominale uterus-exstirpatie en Röntgen-bestraling	18-8-1926	8-7-1927	—	— 1 ,,	
79	,,	,,	13-9 ,,	—	—	—	„Onvindbaar".
80	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	24-12 ,,	—	—	—	,,
81	Carcinoma solidum	Abdominale uterus-exstirpatie en Röntgen-bestraling	7-8 ,,	—	Uitstekend	— 4 ,,	Geen recidief.
82	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie en Röntgen-bestraling.	20-2 ,,	—	,,	+ 4 ,,	,,
83	Adenoma malignum	Vaginale hysterectomie	20-4 ,,	—	,,	+ 4 ,,	,,
84	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	1-6 ,,	—	,,	— 4 ,,	,,
85	Adeno-carcinoma	Röntgen-bestraling	20-4-1927	—	Voelt zich slap (seniele klachten).	+ 3 ,,	71 jaar oud, geen recidief.
86	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	20-7 ,,	—	Goed	— 3 ,,	Geen recidief.
87	,,	z.g. Chemische uterus-exsterpatie	21-1-1928	10-10-'29	—	+ 1 ,,	71 jaar oud geworden.
88	Adenoma malignum	Abdominale uterus-exstirpatie	30-4-1927	6-12-1927	—	— 1 ,,	
89	Adeno-carcinoma	Vaginale hysterectomie	30-2 ,,	—	Slap	+ 3 ,,	
90	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	—	10 1-1928	—	3 dagen	Long-embolie.
91	,,	,,	21-6-1928	—	Slecht	— 2 jaar	Pijnen in de lichaamsdeelen, waar de operatie heeft plaats gehad.
92	Adenoma malignum	z.g. Chemische uterus-exstirpatie	—	10-12-'28	—	15 dagen	74 jaar oud; slechte algem. toestand. Embolie in de longarteriën.

Geval No	Aard van het Corpus-carcinoom:	Aard der behandeling:	RESULTAAT: Datum van: Ontslag uit het ziekenhuis:	Overlijden:	Algemeene gezondheidstoestand in MEI 1930:	Na de behandeling nog in leven:	Opmerkingen:
93	Epithelioom	Abdominale uterus-exstirpatie	--	11-12-'28	—	eenige minuten	
94	Adeno-carcinoma	z.g. Chemische uterus-exstirpatie en Röntgen-bestraling	25-7-1929	--	Heeft hoofdpijn, buikpijn, mictieklachten.	— 1 jaar	Heeft bronchopneumonie gehad.
95	,,	Vaginale hysterectomie en Röntgen-bestraling	14-9 ,,	--	—	—	„Onvindbaar".
96	,,	z.g. Chemische uterus-exstirpatie en Röntgen-bestraling	16-10 ,,	--	Nog steeds vloeiïngen.	— 1 ,,	71 jaar oud
97	,,	,,	13-11 ,,	--	Uitstekend	— 1 ,.	71 ,, ,,
98	,,	,,	16-11 ,,	--	,,	— 1 ,,	
99	,,	Abdominale uterus-exstirpatie	18-12 ,,	--	—	—	„Onvindbaar".

HET METASTATISCHE CARCINOMA UTERI.

Deze komt niet vaak voor. Meestal treedt ze op na carcinoma ovarii (MARCHAND—KRUKENBERG'sche gezwellen), en wel via de lymphbanen.

In deze gevallen is de uterus opvallend hard.

Ook kan ze van uit de cervix uteri worden overgeplant, hetzij per continuïtatem, hetzij door de curettage, in dien zin, dat met het inbrengen van de curette carcinoom-kiemen (van de cervix) in het cavum uteri worden gebracht en daar geent (entmetastase).

Als regel treedt in deze gevallen de uterus-aandoening zeer op den achtergrond, terwijl de ziekte van het ovarium resp. het collum domineert.

Hoofdsymptoom bij deze gevallen is eveneens de **bloeding,** soms bestaat er een haematometra.

De **therapie** richt zich naar het primaire lijden, in het algemeen zoo radicaal mogelijk.

VIERDE HOOFDSTUK.

CONCLUSIE:

1. Het carcinoma corporis uteri is een ziekte, die tegenwoordig meer bekend is dan vroeger. In de Amsterdamsche Vrouwenkliniek wordt ze ongeveer 4-maal per jaar waargenomen.

2. Het carcinoma corporis uteri is een klinisch begrip, welks patholoog-anatomisch substraat gevormd wordt door het adeno-carcinoom, het meest voorkomende, het adenoma malignum, het carcinoma alveolare, en als zeldzamere vormen het adenoma malignum, het epithelioma, en het basaalcelcarcinoom.

3. Het komt in verhouding tot het collumcarcinoom voor als 1 : 10.

4. Het treedt het meest op in een leeftijd tusschen het 45e en 60e jaar, meestal bij vrouwen, die nooit zwanger zijn geweest, resp. weinig (voldragen) kinderen hebben gebaard.

5. De symptomen van het carcinoma corporis uteri hebben niets specifieks in zich. Zij moeten worden beoordeeld in verband met de andere omstandigheden (leeftijd, menstruatie, zwangerschap, kindertal).

6. Voor de juiste beoordeeling, resp. ter bevestiging, der klinische diagnose carcinoma corporis uteri is de proef-curettage, gevolgd door het microscopisch onderzoek van het door de curettage verkregen weefsel, in ieder geval noodzakelijk.

7. Bij twijfel in de histologische diagnose, c.q. „verdacht zijn" van het histologische beeld, worde de nadruk verlegd op de meest typische klinische symptomen van het carcinoma corporis uteri.

8. Bij de behandeling van het corpus-carcinoom gelde als het meest aangewezene bij:
   a. operabele gevallen de operatieve,
   b. inoperabele gevallen de Röntgen-stralenbehandeling, inoperabel ook in klinisch opzicht, d.w.z. waarbij de algemeene toestand van de patiente operatie niet toelaat.
   c. minder gunstige algemeene omstandigheden (slechte algemeene toestand, hoogen leeftijd, compliceerende ziekten), de chemische uterus-exstirpatie met het chloorzink.

9. Bij de operatieve therapie komt het eerst in aanmerking de vaginale totale hysterectomie; wordt maar het geringste vermoeden gekoesterd voor uitbreiding van het corpus-carcinoom in de omgeving, dan drale men niet te lang met de abdominale totale uterus-exstirpatie, tenzij ze gecontra-indiceerd is.

10. De nabestralingstherapie (met Röntgenstralen worde afhankelijk gesteld van de vrees voor, c.q. verdenking op een recidief, doch niet alleen van den vastgestelden aard van den tumor.

11. Een vóór-operatieve (Röntgen-)bestraling is bij corpus-carcinoom in de overgroote meerderheid der gevallen niet noodzakelijk gebleken.

12. De prognose van het carcinoma corporis uteri is in het algemeen gunstig. Ze wordt beheerscht:
   a. klinisch door het zoo vroeg mogelijk herkennen der ziekte, de toe te passen therapie, den algemeenen toestand van de patiente.
   b. pathologisch-anatomisch door de uitgebreidheid van den tumor, doch niet zoo zeer door den histologischen aard daarvan.

LITERATUUR.

Albano, Berichte ü. d. ges. Gynäk., 1927, XI, S. 882, gecit. bij Von Franqué.

Albertin (H.), Lyon. Chir., 1928, No. 25, geref. in Zentralbl. f. Gyn. 1929, No. 45, S. 2893.

Archangnelsky (B.), Abstracts of comm. of the sec. Intern. Congres of Radiology, Rev. Mens. Gyn. et Obstr. 1928, No. 4, p. 18, geref. in Zentralbl. f. Gynaec. 1929, No. 36.

Aschheim, Verhandlungen der Ges. für Geburtsh. u. Gyn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1927, XCI, S. 458.

Babcock (W. Wayne), Chemical hysterectomy; Americ. Journ. of Obstr. a. Gyn., 1924, V, p. 693.

Ballin (L.), Lebensalter und Reifegrad des Gebärmütterkrebses, Zentralbl. f. Gynoek., 1926, No. 4, S. 214.

Bauer, Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten, 1921, gecit. bij Van Dam.

Bayet, Die Grenzen der Radium-Therapie für die tiefliegenden Krebs nach dem heutigen Stande der Wissenschaft; Strahlentherapie, 1914, Bd. V, S. 205.

Benthin (W.), Beginnendes Karzinoom oder atypische Epithelwucherung? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1919, LXXXI, S. 593.

Boerma (N. J. A. F.), Een en ander omtrent het voorkomen van kanker van de geslachtsorganen der vrouw te Batavia. Mededeelingen van den B. G. D. in N. I., 1925, blz. 174.

Bonneville (de), Ueber einige Fälle von carcinoma corporis uteri mit viel Glykogeen; Virchow's Archiv, Bd. 204, S. 1911.

Borris (J. D.) & Donaldson (M.), Radiological work in the Gynaecological Department St. Bartholomews hospital. Acta Radiologica, Oct. 1929, X, No. 56, p. 383.

Böhm u. Zweifel (E.), In wieweit kann man heute aus mikroskopischen Befunde eine Prognose für die Bestrahlung des Uteruscarcinoms stellen? Zentralbl. f. Gyn., 1926, Bd. 50, No. 1.

Bonney (V.), Malignant disease of the uterus, The Lancet, 1927, 213, p. 79.

Bumm (E.), Erfahrungen über Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1917, Bd. 79, S. 647.

Bumm (E.) u. Schäfer (P.), Erfahrungen über die Strahlenbehandlung der Genitalkarzinome. Archiv f. Gyn., 1917, Bd. 106, H_1, S. 84.

Bumm (E.), Sechs Jahre Radium. Zentralbl. f. Gyn., 1919, No. 1, S. .1

Buttner, Ungewöhnlich lange Latenz eines Korpus-Karzinoms oder Heilung durch Abrasio. Zentralbl. f. Gynaec., 1929, No. 35, S. 2236.

Cordua, Die Morphologie der Collumcarcinome des Uterus als Grundlage für die Beurteilung ihrer Strahlenempfindlichkeit. Strahlentherapie, 1926, Bd. 22, S. 688.

Cotte (G.) et Martin (J. F.), Rev. Mens. Gynèc. et Obstr., 1929, No. 5, Geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 47a, S. 3219.

Cullen (T. St.), Cancer of the uterus, 1900; Geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1901, S. 815.

Dam (van), Erfelijkheid bij kanker; Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1924, No. I, blz. 4.

Davis (L.), Cancer of the body of the uterus. Amer. Surg., Philadelphia, 1925, LXXXII, p. 131—141; en XLIII, p. 290—304.

Deelman (H. T.), Huwelijk en kanker, Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1920, II, No. 10, blz. 867.

Deelman ((H. T.), Zeitschr. f. Krebsforschung, 1920, Bd. XVII.

Deymel (P. M.), Uterustuberkulose alter Frauen, Zetralbl. f. Gyn., 1927, No. 21, S. 1314.

Döderlein (G. & A.) und Voltz (F.), Ueber das Uteruskarzinom und seine Strahlenbehandlung. Acta radiologica, 1926, Bd. 6.

idem, 14 Jahre Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms, Zentralbl. f. Gynäk., 1927, No. 31, S. 1985.

idem, Die Therapie der gynäklogische Krebse mit radio-aktiven Substanzen. Strahlentherapie, 1923, Bd. XV, S. 766.

Döderlein (A.), Operative oder Strahlenbehandlung des Korpuskarzinoms? Zentralbl. f. Gyn., 1926, No. 14, S. 847.

Döderlein (A.), Erfahrungen mit der Strahlenbehandlung der Uteruskrebse; Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 34, S. 2162.

Driessen (L. F.), Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1919, II, No. 12, blz. 878 (Discussie in de Nederl. Gyn. Vereeniging).

idem, Pathol.-anat. en klinische studie over kanker van het baarmoederlichaam; Geneesk. bladen, 25e reeks, No. V.

idem, Proefcurettage. Ned. Maandschr. v. Geneesk., 1923, XI, blz. 677.

idem, Chemische uterus-exstirpatie bij carcinoma corporis uteri. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecologie, 1927, blz. 29.

idem, Endometritis, Folge abnormaler Menstruation, Ursache profuser Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. 1914, No. 17, S. 618.

Engelhorn, Korpuscarcinom bei einer 23-jährigen. Hegar's Beiträge, Bd. XIII, S. 278.

Eymer (H.), in Halban u. Stitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. IV, 1928, S. 941.

idem, Ueber Uteruskarzinomrezidieve bei Bestrahlung. Strahlentherapie, 1926, Bd. XXI, S. 442.

Eymer (H.), Sollen die Gebärmutterkrebse operiert oder bestrahlt werden? Strahlentherapie, 1927, H_2.

Faure (J. L.), Ultrapenetrierende Radiumstrahlen bei der Behandlung des Uteruscarcinoms, in Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1913; en Presse médic., 1913, No. 61, geciteerd door von Franqué.

Faure (J. L.), La guérison du cancer de l'uterus. La Presse Médical, 1914, No. 35.

Fedenat, Cancer du corps de l'uterus. Bull. Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, 1924, XIII, p. 278—284.

Findley (P.), Precancerous lesions of the uterus, Amer. Yourn. of Obstr. and Gyn., 1926, Vol. XI, p. 450.

Flatau (S.), Erfahrungen mit dem Uteruskrebs in Nürnberg. Münch. Med. Wochenschr., 1905, No. 11, S. 508.

Flatau (W. S.), Ueber Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses; Zentralbl. f. Gyn., 1919, No. 7, S. 134.

Forgue (E.) et Mossabuau (G.), Gynécologie (Nouveau traité de Chirurgie, 1916, XXXIV), p. 405.

Fournier (F.), Cancer du corps de l'utérin; hysterectomie vaginale. Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1925, XIV, p. 487.

Franqué (O. von), Die Strahlenbehandlung der Genitalcarcinome. Strahlentherapie, 1926, Bd. 21, H_1.

idem, Die anatomische und hystolologische Einteilung der primären Uteruscarcinomen. Med. Klinik, 1926, XLVIII, S. 1841.

idem, in Veit's Handb. der Gynäkologie, 1930, Bd. VI, 1e Hälfte.

Franz (K.), Operatieve Gynäkologie, 1926, S. 175.

idem, Ueber Operationen von Uteruscarcinomrecidive. Arch. f. Gyn., 1906, LXXX, S. 422.

idem, Zur Behandlung des Uteruskarzinoms. Arh. f. Gynäk., 1918, Bd. CIX, H_1 en $_2$. (Festschrift)).

Gàl (F.), Durch Strahlenbehandlung erzielte Dauerresultate beim Karzinom der weiblichen Geschlechtsorgane. Strahlentherapie, 1928, Bd. 27, S. 42.

Gomborow (G.), 13 Jahre Strahlenbehandlung des Uteruscarcinoms. Strahlentherapie, 1928, Bd. XXX, S. 468.

Graves (W. P.), Gynaecology, p. 303.

Graves (W. P.) & Smith (G. v. S.), Cirsoid aneurysm of the uterus. Americ. Journ. of Obstr. and Gyn., 1927, XIV, p: 30.

Greil, Das Krebsproblem, 1925, S. 141.

Gugten (F. E. v. d.), Kwaadaardige gezwellen. Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Ned. Indië, 1928, blz. 1090.

Guggisberg (H.), Deutsche Gesellschaft f. Gynäk. zu Bonn. Zentralbl. f. Gyn., 1927, No. 31, S. 1989.

Gusserow, Die Neubildungen des Uterus, 1886, S. 259.

Heimann (Fr.), Ergebnisse gynäk. Bestrahlungen. Strahlentherapie, 1923, Bd. 14, H_3, S. 616.

idem, Erfahrungen mit der Strahlentiefentherapie in der Gynäkologie, besonders beim Karzinom. Strahlentherapie, 1916, Bd. 1—6, S. 581.

Heimann (J.), Radiumbehandeltes Korpuscarcinom, nach 7 Jahre ohne Rezidive. Verh. gebh. gyn. sekt. Schwed. Aerzte, 1925, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 41, S. 2639.

Hess, Heilung eines Falles von Carcinoma uteri nach Probeauskratzug. Deutsche Med. Wochenschr. 1913, No. 22.

Hinselmann (H.), Die Actiologie, Symptomatologie und Diagnose des Uteruscarcinoms und Chorionepiteliom. Veit's Handb. der Gynäk., Bd. VI, 1e Hälfte, 1930.

Hitschman u. Adler, Der Bau der Uterusschleimhaut des geschlechtsreifen Weibes mit besonderer Berücksichtigung der Menstruation. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1907, Bd. 27.

idem, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der normalen und entzündegten Uterusmucosa. Archiv f. Gyn., 1913, Bd. 100, S. 233.

Hoed (D. den), Stralenbehandeling van baarmoederkanker en -infectie. Ned. Tijdschsr. v. Geneesk., 1927, II, blz. 2132.

Hoffmann (F. L.), The mortality from cancer throughout the world, 1925.

Hofmeyer, Zur Anatomie und Therapie des Carcinoma corporis uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32, S. 171.

idem, Zur Statistik des Gebärmutterkrebses und seiner operativen Behandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1884, Bd. X, S. 269.

Jong (De Josselin de), De tegenwoordige stand van het kankervraagstuk Geneeskundige bladen, 15e reeks, No. X, blz. 311.

idem en De Snoo, Ueber die Endometriosen des weiblichen Genitalapparates. Virchow's Archiv, 1925, Bd. 257.

Jorritsma, Bijdrage tot de statistiek van het carcinoma uteri. Acad. proefschr., Amsterdam, 1902.

Jung (J.), Die Davis'sche, Roff'sche und Wigand'sche Reaktion bei Frauen mit Karzinom des Genitales. Gas.lèk. cesk., 1928, No. 52; geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 47a, S. 3208.

Kauffmann (Fr.), Krebsstatistische Untersuchungen, mit besonderer Berücksichtigung der Zeit vor, während und nach dem Kriege. Zentralbl. f. Gyn., 1926, No. 4, S. 198.

Kehrer (E.), Radiumbestrahlung, Arch. f. Gyn., 1922, Bd. 117, S. 261.

Kermauner, In Halban u. Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, 1928, Bd. IV, S. 883.

Kouwer, Vergadering der Nederl. Gyn. Vereeniging, 10/I 1904. Ned. Tijdschr. voor Verlosk. en Gynaec., XV, blz. 93.

Kôvàcs (F.), Ist das Karzinom des Gebärmutterkörpers durch Curettage vollkommen entfernbar? (Orv. Hetil., 1927, No. 22), gerefereerd in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 36.

Kraul (L.), Ergebnisse der Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Zentrbl. f. Gyn., 1923, No. 40, S. 1573.

Kroemer (P.), Die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bei malignen Erkrankungen des Uterus. Arch. f. Gyn., 1904, Bd. 73, S. 57.

Konrad Kirste, Das Gebärmutterkarzinom in den Jahren 1900—1925/'26. Inaug. Diss., 1928, Breslau.

Künstner u. Heimann, Ergebnisse der Strahlenbehandlung der Karzinome. Deutsche Med. Wochenschr., 1914, No. 33.

Labhardt (A.), Die Frühdiagnose des Uteruskarzinoms, Schweiz. Med. Wochenschr., 1928, No. 24, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 45, S. 2890.

Lacassagne, Resultate der Strahlenbehandlung des Adenokarzinoms des Uterus. Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 34, S. 2164.

Lahm, Zur Pathologie der basalen Schicht der Uterusschleimhaut, Monatschr. f. Geb. und Gyn., LXXXII, H_3.

idem, Zentralbl. f. Gyn., 1927, No. ...., S. 672.

idem, in Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, 1928, Bd. IV, S. 699.

Lindsay (W.), Surg. Obst. etc., 1927, V, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 36, S. 2318.

Maasland (H. F. P.), Enkele gynaecologische mededeelingen. Geneeskundig Tijdschr. v. Ned. Indië, dl. 32, blz. 833; en dl. 33, blz. 609.

Magnani (L.), Der Wert der Davis'schen Reaktion für die biologische Diagnose der Malignen Tumoren. Riv. ital. Ginec., 1929, VIII, p. 474; Geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 47a, S. 3208.

Maresch (R.), Ueber die Mikroskopische Erkennbarkeit bosartiger Gewächse. Wiener Klin.. Wochenschr., 1929, No. 8, S. 225.

Martin (A.), Ueber die Behandlung des Gebärmutterkrebses — mit besonderer Berücksichtigung des inoperablen. Deutsche Med. Wochenschr., 1908, No. 3, S. 89.

Martius, Berichte über die gesamte Gyn. u. Geb., 1925, Bd. VII, S. 417, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1926, No. 14, S. 848.

Masson (J. C.), Total versus subtotal abdominal hysterectomy. Americ. Journ. of Obst. & Gyn., 1927, XIV, p. 486.

Maunu af Huerlin, Zur Kenntnis des Baues des Wachstums und der histologischen Diagnose des Carcinoma corporis uteri, mit Bemerkungen über die atypische Epitheelwucherung der Uterusschleimhaut; Arch. f. Gyn., 1911, Bd. 94, S. 448.

Mayer, Veit's Handb. der Gynäk., 1927, Bd. III.

idem (A.), Klin. Vorträge. Gynäk., S. 184.

Meyer (R.), „Plattenepithelknötchen" in hyperplasischen Drüssen der Korpusschleimhaut des Uterus und bei Karzinom. Arch. f. Gyn., 1922, CXV, H_1, S. 394.

Marino (A.), Per la iconografia del cancer del corpo dell utero. Folia gynaecol., vol. 16/17, 1922, gecit. bij von Franqué.

Meyer (R.) u. Kaufmann (C.), Ueber den Wert der Stückchendiagnose, Zentralbl. f. Gyn., 1926, No. 1, S. 24.

Mendes de Leon, Praktische Gynaecologie, 2e druk, 1915, blz. 234.

Meyer (A.), Ueber das Uteruskarzinom und seine moderne Behandlung. Münch. Med. Wochenschr., 1921, No. 6, S. 168.

Menge (C.), Zur Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms; Zentralbl. f. Gynäk., No. 49, S. 890, 1918.

Methorst (H. W.) en Deelman (H. T.), Eenige cijfers en beschouwingen betreffende de sterfte aan baarmoeder- en borstkanker in Nederland. Ned. Tijdschr. voor Geneesk., 1926, I, No. 12, blz. 1183.

Momigliano (D.), Il Policlinico, 1928, XI, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 47a, S. 3218.

Nahmmacher (H.), Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXII, H 4/5.

Norris & Vogt, Carcinoma of the body of the uterus (with the report of 115 cases). Amer. Journ. of Obst. and Gyn., 1924, VII, p. 550—566, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1925, No. 31, S. 1791.

Opitz u. Friederich, Die Freiburger Strahlenbehandlung des Uteruskrebses. Münch. Med. Wochenschr., 1920, No. 1, S. 1.

Penris (P W. L.), Carcinoma uteri en kinderaantal. Ned. Maandschr. voor Verlosk. en Vrouwenziekten en voor Kindergeneesk., 1917, VI, blz. 507.

Pichot, Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus, Paris 1876, gecit. in Gynécologie (Le Dentu et Delbet), 1916, XXXIV.

Pozzi, Traite de gynecologie, 1907, T. I, p. 565.

Poll (C. N. v. d.), Tien gevallen van vaginale uterus-exstirpatie, in het bijzonder wegens carcinoom. Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indië, dl. 38.

Praetorius (Chr. F. E.), Carcinoma uteri, beloop en behandeling. Diss. Leiden, 1895.

Prochownick (L.), Behandlung und Statistik des Gebärmutterkrebses in Kleinbetrieb. Zentralbl. f. Gyn., 1915, No. 36, S. 627.

Puccioni (L.), Das Adenom des Corpus Uteri. Riv. Ital. Ginec., 1928, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 38, S. 2433.

Raamsdonk (C. Ph. van), Resultaten van de stralenbehandeling bij carcinoma uteri. Diss. Amsterdam, 1921.

Regaud, Comptes-rendus de la soc. de biol., 1922. (8 en 29 April, en 6 en 20 Mei).

idem, Curiethérapie des cancers du col de l'uterus. Arch. de El. méd., Sept. 1923, gecit. bij Driessen.

Rubin (J. C.), Uterine endoscopy, endometroscopy with the aid of uterine insufflation. Americ. Yourn. of Obst. and Gyn., 1925, X, p. 313.

Sanders (J.), Bijdrage omtrent de kennis van de sterfte aan kanker en andere kwaadaardige gezwellen te Rotterdam over de jaren 1902—1914. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1916, II, blz. 604.

Schatz (Fr.), Klinische Beiträge zur Exstirpation des ganzen Uterus durch die Vagina. Arch. f. Gyn., 1883, Bd. XXI, S. 409.

Schepetinsky (A.) en Kafitin (M.), Die mineraalbestand des Blutes bei malignen und besignen Tumoren. Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 45, S. 2856.

Scheyer, Adeno-cancroïd des Uterus. Zentralbl. f. Gyn., 1927, No. 40, S. 2561.

Schiffmann, Postklimakterische Blutung und Granulosezelltumor des Ovariums. Zentralbl. f. Gyn., 1926, No. 16, S. 1065.

Schiller, Ein Fall von freiliegenden Krebspartikelen in der Tube bei primären Karzinom des Corpus uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1922, Bd. 59, S. 307.

idem u. Walter, Untersuchungen zur Entstehung der Geschwülste. Virchow's Archiv, 1927, Bd. 263, H_2.

Schottländer & Kermauner, Zur Kenntnis des Uteruskarzinoms, 1912.

Schröder (R.), Handb. der Gynäkologie, 1926.

Schmaus-Herxheimer, Grundriss der Pathologischen Anatomie, 1912, S. 253.

Schumann (E. A.), Observations upon the co-exsistence of carcinoma fundus uteri and pregnancy. Americ. Journ. of Obs. and Gyn., 1927, XIV, p. 573.

Seliga, Rozhl. Chir. u. Gyn., geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 36, S. 2312.

Séno (-Sastroamidjojo R.), Onze kwaadaardige gezwellen, Geneesk. Tijdschr. v. Nd.-Indië, 1928, blz. 117.

Seitz (L.), In P. Lazarus, Handb. der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie, 1928, Bd. II, 2e Lieferung, S. 416.

Seydl, Korpus-carcinom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1900, S. 395.

Sitsen (E.), Veertien jaar gezwelonderzoek in Soerabaia, 1928, No. 1, blz. 285.

idem, Gezwellen in de tropen. Mededeelingen van den Dienst der Volksgezondheid in Ned.-Indië, 1928, XVII, afl. II.

Simpson (J.), Selected works. Edinburg, 1871, p. 772, gecit. bij Ruge en Veit.

Snijders (E. P.) en Straub (M.), Eenige gegevens over het voorkomen van gezwllen bij verschillende rassen in Deli. Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indië, dl. 61, blz. 625.

Stacy (L. J.) (Mayo-Clinic). Radiology, St. Paul, 1925, V, p. 331, geciteerd bij Driessen.

Smith (G. v. S.) & Grimell (R. S.), Carcinoma of the body of the uterus. Amer. Journ. of Obst. and Gyn., 1928, XV, p. 832.

Stirn und Bott, Ueber Uteruskarzinomrezidive bei Bestrahlung. Strahlentherapie, 1926, Bd. XXI, S. 426.

Stewart (Cl.) and Young (M.), Cancer of the Uterus. The Lancet, 1926, II, p. 1258.

Stoeckel (W.), Die Strahlentherapie in der Gynakologie. Medische Klinik, 1913, No. 50.

Stratz (C. H.), Tumor ovarii malignus. Geneesk. Tijdschr. voor Ned. Indië, 1889, dl. 29, blz. 127.

idem, De vrouwen op Java, 1897.

idem, Heilung von Karzinom durch Probeauskratzung. Zentralbl. f. Gyn., 1913, No. 31, S. 1141.

Tesson, Le cancer du corpus uteri. Thèse de Paris, 1902, gecit. in Gynécologie, Dentu et Delbet, 1916, XXXIV.

Theilhaber (A.), Der Einfluss der Diathermiebehandlung auf Karzinomgewebe. Münch. Med. Wochenschr., 1919, No. 44, S. 1260.

idem, Münch. Med. Wochenschr., 1909, No. 25.

Tjwan Kiat Li, Carcinoma uteri, Nederl. Maandschr. v. Geneesk., 1921, X, blz. 194.

Treub-v. d. Hoeven, Leerboek der Gynaecologie, 1917 en 1928.

Uldström er (M.), Beiträge zur Frage des gleichzeiigen Vorkommens von malignen Tumor und Myoom des Uterus. Acta Obst. Scand. 1929, VIII, S. 112—130, geref. in Zentralbl. f. Gyn., 1929, No. 47a, S. 3213.

Vassmer (W.), Ist durch die Abrasio eine Dauerheilung des beginnenden glandulären Uteruscarcinoms zu erzielen? Arch. f. Gyn., LXXV, H_3.

Veit u. Ruge, Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgar, 1881.

Vogt (E.), Münch. Med. Wochenschr., 1925, S. 437.

idem, Ueber die Verschleppung von Geschwulstmaterial aus der Uteruskörperhöhle durch die Tuben. Münch. Med. Wochenschr., 1928, No. 42.

Voltz (Fr.), Die Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms. (Statistische Unersuchung an 1500 Fällen). Arch. f. Gyn., Bd. CXXXCI, H_2.

idem, Statistische Untersuchungen an 2000 Karzinomfällen. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1923, Bd. LXII, S. 187.

Walthard, Demonstrationen von Praeparaten eines 6 Monaten alten Dauerresultates bei einem radiumbesrahlten Karzinom. Münch. Med. Wochenschr., 1914, No. 28, S. 1583.

Warnekros (K.), Die Homogen-Bestrahlung des Uteruskarzinoms durch Summation der Röntgen- und Radiumenergie. Zentralbl. f. Gyn., 1918, No. 36, S. 620.

Wickham & Degrais, Welche Dienste leistet das Radium der Chirurgie bei der Behandlung der malignen Tumoren? Zentralbl. f. Röntgenologie, 1913, No. 482.

idem, Kann das Radium der Chirurgie bei der Behandlung maligner Tumoren Dienste leisten? Strahlentherapie, 1913, III, H_2.

Weinberg, Zeitschr. f. Krebsforschung, 1912, Bd. XI, S. 307.

Wieberdink (Th.), Over gezwellen bij de Inlandsche bevolking op Java; Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1927, I, No. 18, blz. 2334.

Williams (W. Roger), The natural history of Cancer, blz. 356, gecit. bij van Dam.

Winter (G.), Die Bekämpfung des Uteruskrebses, 1904.

Wintz, Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung des Karzinoms. Strahlentherapie, 1926, XXI, S. 368.

Weibel (W.), Die klinische Sellung des carcinoma corporis uteri. Arch. f. Gyn., 1913, Bd. 100, S. 135.

Wintz, Die Erfahrungen mit der Röntgentherapie der Krebse an der Erlanger Frauenklinik. Zentralbl. f. Gyn., 1923, No. 29, S. 1181.

Wolff (v.), Metastatisches Ovarialkarzinom nach Korpuskarzinom? Zeischr. f. Geb. u. Gyn., 1927, XC I, S. 456.

Zweifel u. Payr, Klinik der bösartigen Geschwülste, 1927, III.

STELLINGEN.

I.

Voor de diagnose carcinoma corporis uteri is proefcuret-tage, gevolgd door het microscopisch onderzoek van het verkregen weefselmateriaal, noodzakelijk.

II.

In operabele gevallen van carcinoma corporis uteri verrichte men de totale uterus-exstirpatie, in gevallen, waarbij de operatieve behandelingsmethode gecontraindiceerd is, de z.g. chemische uterus-exstirpatie, c.q. de Röntgenbestraling.

III.

Als oorzaak van inversio uteri moet de asthenische habitus worden genoemd.

IV.

Bij het voorschrijven van atropine in den zuigelingen-leeftijd dient met het voorkomen van belangrijke verschillen in de tolerantie voor atropine rekening te worden gehouden.

V.

Iedere papillomateuze woekering op het oogbindvlies, ongeacht van welken aard, dient zoo grondig mogelijk te worden verwijderd.

VI.

Voor het tot stand komen der croupeuze pneumonie dienen in de Tropen plaatselijk inwerkende factoren als een niet te verwaarloozen aetiologisch moment te worden beschouwd.

VII.

De appendicitis onder de inheemsche bevolking van Indonesië heeft vermoedelijk een heel andere aetiologie dan die van West-Europa.

VIII.

Ter bepaling van de ware grootte van het hart verkieze men de teleröntgenographie boven de orthodiagraphie.

IX.

Het optreden van phlyctaenen is nog niet altijd een bewijs voor een bestaande scrofulose, resp. tuberculeuze infectie.

X.

De onderhuidsche zuurstofinjecties vormen een belangrijken steun voor de gebruikelijke therapie der secundaire anaemiën.

XI.

Tuberculose speelt naast de erfelijkheid in de aetiologie der neurotische spieratrophie [**Tooth-Marie-Charcot-Hoffmann**] een rol van beteekenis.

XII.

Voor het aantoonen van een leverbeschadiging vormt de tyrosine-leucine-proef in de urine in de praktijk van den medicus practicus een niet geringe aanvulling van zijn klinische waarneming op dat gebied.

TYP. M. J. PORTIELJE
AMSTERDAM